

Kansanterveys

KANSANTERVEYSLAITOS

WWW.KTL.FI

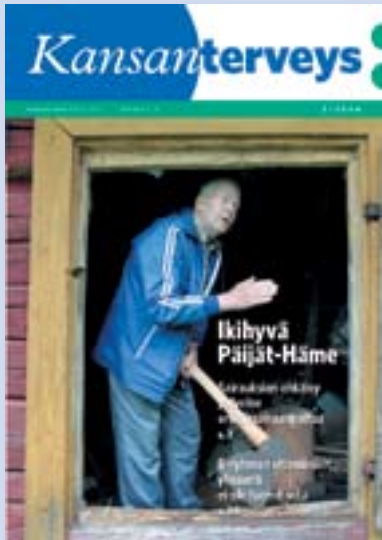
2 / 2006



Ikihyvä Päijät-Häme

Sairauksien ehkäisy
palvelee myös
erikoissairaanhoidoa
s. 3

B-ryhmän vitamiinien
ylisaanti
ei ole harmitonta
s. 20



Ikihyvä Päijät-Häme -hanke syventää ymmärrystä ja näkemystä ikääntymisestä.

Tässä numerossa

- 2 Päätoimittajalta
- 3 Pääkirjoitus: Ikihyvää terveyden edistämistä päijäthämäläisittäin

Ikihyvä Päijät-Häme

- 4 Ikihyvä Päijät-Häme -seurannalla monipuolista tietoa ikääntymisestä
- 6 Päijät-Häme terveyden edistämisen pioneereinä
- 8 Käyväksi hoidoksi käyvät terveelliset elintavat
- 10 Ikihyvä-ryhmätoimintamalli tukee elintapojen muutosta
- 12 Puhutaan elintavoista – terveellisyys ihanteena, kohtuus käytäntönä
- 14 Terveydelle viileän elämäntyylin jäljillä
- 16 Sosiaalinen osallistuminen ja koettu terveys ikääntyvässä Päijät-Hämeen väestössä

Tartuntataudit

- 18 Tartuntatautilanne
- 19 Väitöskirjauutiset
- 20 KTL-tutkii: B-ryhmän vitamiinien ylisääntö ei ole harmitonta
- 21 Ajankohtaista



Yhdessä terveempi elämä

Terveys, perhe ja työ ovat suomalaisille elämän tärkeimpiä asioita. Terveys antaa aikaa läheisille, mutta luo perustan myös tuottavammalle työlle. Vaikka suomalaiset elävät nyt terveemmin kuin koskaan, haasteita riittää. Diabetes ja verenkiertoelimistön sairaudet, ylipaino, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, psyyken sairaudet, alkoholi ja tupakointi ovat asioita, joita ei voi unohtaa. Periksi ei pidä antaa ja miksi annettai-siin, kun Suomessa on tarjota onnistuneita malliesimerkkejä terveyden edistämisestä muillekin.

Ikihyvä-hankkeessa kerätään tietoa ikääntyvien terveydestä ja toteutetaan interventioita, joilla pyritään edistämään heidän terveyttään. Ikihyvä on terveys- ja aluepolitiikkaa, mutta se on ennen kaikkea yhteistyötä.

...

Pilvikki Absetz ja Raisa Valve (s. 10) kertovat kuinka Kansanterveyslaitoksen aiemmissa tutkimuksissa saatua näyttöä elintapamuutosten diabetesta ehkäisevästä vaikutuksesta siirretään käytännön toimintatavoiksi. He toteavat, että ryhmäohjauksen avulla voidaan säästää huomattavasti terveydenhuollon resursseja.

Asiakkaat osallistuivat viiteen ensimmäiseen ryhmäkokoontumiseen yli 90 prosenttisesti. Usko elintapamuutoksen hyötyihin ja omaan kykyyn tehdä muutoksia lisääntyivät merkitsevästi. Myös liikunnan tai ruokailun suunnitteluun liittyvä tavoitteiden asettaminen onnistui hyvin. Yhdessä.

...

Olli Nummela toteaa (s. 16), että ikääntyvän väestön mahdollisuuksia erilaiseen sosiaaliseen osallistumiseen ja aktiviteetteihin tulisi tukea niiden positiivisten terveysvaikutusten vuoksi. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että sosiaaliset verkostot tukevat tervettä elämää. Tällaisia verkostoja ovat yhdistystoiminta, osallistuminen uskonnollisten yhteisöjen toimintaan ja kulttuurin harrastaminen. Jos sosiaalinen osallistuminen kerran edistää terveyttä, niin eikö se ole tärkeää kaiken ikäisille. Kun siihen on nuorena tottunut, sen taitaa myös vanhempana.

Yhdessä tekeminen ja kokeminen antavat uutta motivaatiota terveempään elämään.

Pentti Huovinen
päätoimittaja

Arjen paikat kuvina

Lahden valokuvataide ry kuvasi vuosituhannen alun päijäthämäläisiä heidän omassa ympäristössään osittain yhteistyössä Ikihyvä-hankkeen kanssa. Dokumentointiprojektissa syntyneet valokuvat kuvittavat tätä lehteä. Kuvat eivät liity suoraan tutkimustekstiin. Enemmän valokuvista lehden takakannessa.

Ikihyvää terveyden edistämistä päijäthämäläisittäin

Ikihyvä Päijät-Häme on tutkimus- ja kehittämishanke, joka tarjoaa tietoa erityisesti sosiaali- ja terveyssektorin päätöksentekoa varten, tuo osaamista ikääntyvien terveysneuvontaan sekä antaa ymmärrystä ja näkemystä vanhenemisesta eteläsuomalaisessa maakunnassa. Tavoitteena on aktiivinen ikääntyminen, lisää itsenäisiä elinvuosia ja parempi elämänlaatu iäkkäille päijäthämäläisille. Ennaltaehkäisevän työn tavoitteena on myös auttaa säästämään sosiaali- ja terveyssektorin kuluissa.

Päijät-Hämeessä pohdittiin vuosituhannen vaihteessa sairaanhoitopiirin terveystilannetta. Sekä kokonaiskuolleisuus että ns. estettävissä oleva kuolleisuus (kuolemat tauteihin, joita voidaan ehkäistä tai hoitaa ja joihin alle 65-vuotias ei yleensä kuole) olivat koko maan keskiarvoa suurempia. Lähes kaikissa sairaanhoitopiirin kunnissa ikääntyneiden (65–74-vuotiaat) osuus väestöstä oli koko maata suurempi. Eläkeikäisten osuus väestöstä suurenee myös Päijät-Hämeessä selvästi koko maata nopeammin (kuvio).

Kauhistelun sijasta sairaanhoitopiiriin johto tarttui heille heitettyyn haasteeseen: sairaanhoitopiirissä ymmärrettiin, että ikääntymisen aiheuttamaa painetta kuntataloudelle ja erityisesti sosiaali- ja terveyssektorille voidaan lähestyä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta – ei ainoastaan varautumalla kasvavaan palvelujen tarpeeseen. Samalla nähtiin, että panostus ehkäisevään työhön perusterveydenhuollossa ja muualla kuntasektorilla palvelee myös erikoissairaanhoitoa.

Ikihyvä tavoittelee yhteiskunnallisesta vaikuttavuutta ja samalla tieteellistä tuottavuutta. Tavoitetta lähestytään tutkimalla ikääntyvän päijäthämäläisen väestökohortin terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja hyvinvointia 10 vuoden ajan, vertaamalla eri kuntien ja kuntatyyppien tilannetta ja ikääntymisstrategioita, konsultoimalla kunnan johtavia viranhaltijoita sekä kouluttamalla erityisesti sosiaali- ja terveyssektorin työntekijöitä.

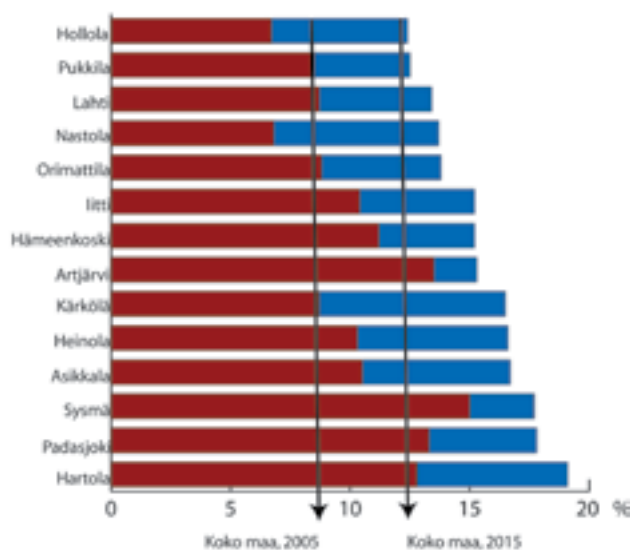
Ikihyvä on paljosta velkaa henkiselle isoveljelleen, Pohjois-Karjala -projektille. Mutta jotain muutakin kun 30 vuotta erottavat nämä hankkeet toisistaan. 1970-luvulla tärkeitä asioita olivat väestön terveystiedon parantaminen ja elintarvikevalikoiman laajentaminen sydänterveiden kannalta edullisemmaksi. Nyt tiedon taso on parempi ja elintarvikevalikoima riittävä terveyttä edistäviä valintoja ajatellen. Ikihyvän keskeisenä kohteena onkin suuren haasteen edessä oleva sosiaali- ja terveydenhuolto: sekä lait (mm. uusi kansanterveyslaki), ohjelmat (mm. Terveys 2015) että tosiasiat (väestön ikääntyminen) edellyttävät terveyden edistämisen toimenpiteitä – samanaikaisesti, kun kuntien talous ei aina anna myötä selviytyä edes hoitovelvoitteista. Pienempi, mutta kiinnostava ero on se, että Ikihyvässä fyysisen aktiivisuuden merkitys on Pohjois-Karjalaan verrattuna ehkä suurempi, sillä fyysisen toimintakyvyn säilyttäminen on yksi aktiivisen ja itsenäisen vanhenemisen edellytyksistä.

Ikihyvä on aluepoliittisesti mielenkiintoinen. Siinä yhdistävät voimansa sektoritutkimuslaitokset (KTL ja UKK-instituutti), Helsingin yliopiston tiedelaitos (yhteiskuntapolitiikan laitos) ja alueyksikkö (koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia), alueelli-



nen ammattikorkeakoulu (Lahden AMK), sairaanhoitopiiri sekä kunnat. Esimerkiksi yhteistyö ammattikorkeakoulun kanssa on sujunut hyvin: Ikihyvän kohortin aineistonkeruuta on käytetty korkeakoulun opetuksessa ja samalla Ikihyvä on saanut ahkeria tutkimusapulaisia. Ikihyvä myös tavallaan testaa uusia kunta- ja palvelurakenteita: yhteistyö sairaanhoitopiiriin ja kuntien kanssa on tietyltä osin ns. sairaanhoitopiirimallin tai aluekuntamallin hengen mukaista.

Mikael Fogelholm,
ETT, dosentti
johtaja, UKK-instituutti
Ikihyvä Päijät-Häme hankkeen johtaja
mikael.fogelholm@uta.fi



65–74-vuotiaiden määrä Päijät-Hämeessä v. 2000 (punainen) ja 2015 (sininen; ennuste).

Ikihyvä Päijät-Häme -seurannalla monipuolista tietoa ikääntymisestä

Päijät-Hämeessä vuonna 2002 alkaneessa Ikihyvä- seurantatutkimuksessa kuvataan ikääntymistä kymmenen vuoden aikana kolmessa ikäkohortissa. Ikihyvän tärkeä tehtävä on osoittaa terveyden ja hyvinvoinnin ongelmialueita, ennakoida tulevaa ja auttaa suuntaamaan toimenpiteitä ongelmien ennaltaehkäisemiseksi.

Keräämällä tietoa samoista ihmisistä kymmenen vuoden ajan (2002–2012) saadaan ainutlaatuista tietoa ikääntymisestä eri elämänvaiheissa. Tarkasteltavina muuttujina ovat terveys, terveyskäyttäytyminen, toimintakykyisyys, psykososiaaliset tekijät, terveyspalvelujen käyttö sekä asenteet ja ajatukset vanhenemisesta. Tietoa saadaan paitsi terveydentilasta ja siinä tapahtuvista muutoksista myös ikääntyvien elämäntyyleistä laajemminkin.

Ensimmäiset otokset vuosina 2002 ja 2005

Tutkimuksen alkaessa vuonna 2002 mukaan kutsuttiin 4 272 väestörekisteristä satunnaisesti valittua Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin asukasta. Seurantatutkimukseen osallistuvat olivat tutkimuksen alussa työelämän loppuvaiheessa olevia suurten ikäluokkien edustajia (vuosina 1946–50 syntyneet, tutkimuksen alussa 52–56-vuotiaita), juuri eläkkeelle siirtymässä olevia tai siirtyneitä (vuosina 1936–40 syntyneet, tutkimuksen alussa 62–66-vuotiaita), ja jo pidempään eläkkeellä olleita (vuosina 1926–30 syntyneet, tutkimuksen alussa 72–76-vuotiaita). Jokaisesta ikäryhmästä kutsuttiin 1 424 henkeä, joista puolet miehiä ja puolet naisia. Kuntakohtaiset otokoot määräytyivät kunnan kokonaisasukasluvun mukaan kuitenkin niin, että jokaisesta kunnasta kutsuttiin vähintään 102 tutkittavaa.

Vuonna 2002 kutsun saaneista 2 815 (66 %) osallistui tutkimukseen (miehistä 63 % ja naisista 69 %). Korkeimmat

osallistumisprosentit olivat 62–66-vuotiailla naisilla ja miehillä. Alhaisimmat osallistumisprosentit olivat suurten ikäluokkien miehillä (58 %) ja vanhimman ikäryhmän naisilla (63 %). Kuntakohtaiset osallistumisprosentit vaihtelivat 54:stä 80 prosenttiin. Osallistujat vastasivat kahteen laajaan kyselylomakkeeseen ja osallistuivat terveystarkastukseen sekä laboratoriokokeisiin. Terveystarkastuksessa mitattiin pituus, paino, vyötärön ympärys ja verenpaine. Laboratorionäytteistä määritettiin lipidit (kokonaiskolesteroli, HDL, LDL ja triglyseridit), glukoosi ja insuliini.

Keväällä 2005 kutsuttiin uudelleen mukaan kaikki alkuperäiseen otokseen kuuluneet, huolimatta siitä olivatko he osallistuneet Ikihyvään vuonna 2002. Kun kolmen vuoden aikana kuolleet ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueelta poismuuttaneet poistettiin otoksesta, jäi otokseksi 3 998 henkeä. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska vieläkin oli mahdollista saada seitsemän vuoden seurantajakso nyt mukaan lähteviltä.

Tutkittavat vastasivat jälleen kahteen kyselylomakkeeseen ja heille toistettiin vuoden 2002 mittaukset. Lisäksi uusina mittauksina olivat toimintakykytestit (tuolista nousu 5 kertaa, käden puristusvoima, 6,1 m kävely ja kaksi tasapainotestiä) ja verinäytteistä määritettävä D-vitamiinipitoisuus. Vuoden 2005 mittauksiin osallistui 2 300 henkeä (58 % vuonna 2005 kutsuista). Nyt yli 2 000 tutkittavasta on tietoja vuosilta 2002 ja 2005. Seurantamittaukset tehdään vielä vuosina 2008 ja

2012. Tutkittavat saavat henkilökohtaisen palautteen verikoetuloksista ja terveystarkastuksen mittauksista.

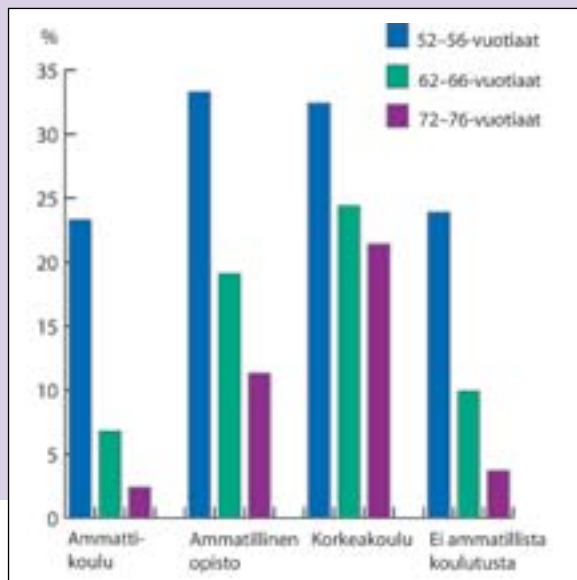
Seurantatutkimuksen tuloksia raportoidaan monin tavoin. Ikäryhmittäisten ja sukupuolittaiten tarkastelujen lisäksi tuloksia tarkastellaan kunta- tai kuntatyyppikohtaisesti. Näin saadaan perus- ja seurantatietoa sairaanhoitopiirissä suoritettaville kehittämishankkeille. Alkutilanteen tuloksia (vuosi 2002) on raportoitu Ikihyvän kuntaraportissa (1) ja perusraportissa (2).

Raportit löytyvät Ikihyvän [www-sivuilla](http://www.sivuilla.fi/ikihyva) (www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva). Lisäksi ensimmäisen vaiheen tuloksista on kirjoitettu kirja ikääntyvien elämäntyyleistä (3). Vuoden 2005 aineistoa analysoidaan parhaillaan, ja ensimmäisiä seurantatietoja raportoidaan vuoden 2006 aikana.

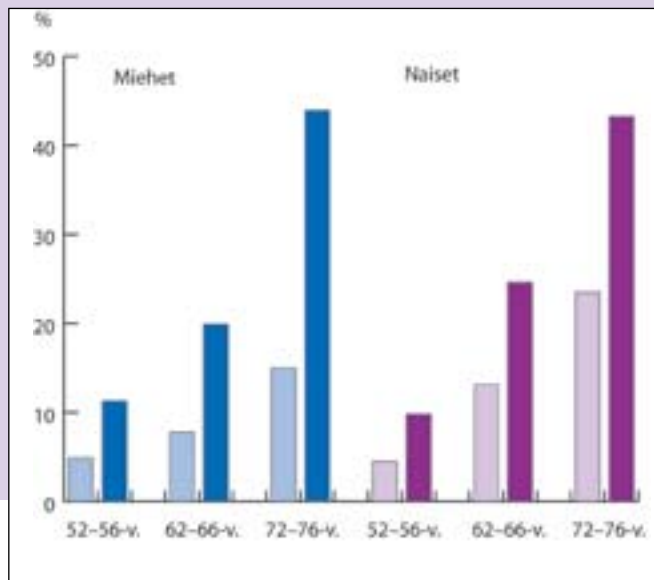
Poimintoja vuoden 2002 tuloksista

Koettu terveys luonnollisesti heikkenee ikääntymisen myötä, kuten havaittiin Ikihyvässäkin. Kun Ikihyvän nuorimman ikäryhmän (52–56-vuotiaita) naisista ja miehistä yli puolet arvioi terveytensä vähintään melko hyväksi, vanhimmassa ikäryhmässä (72–76-vuotiaita) näin arvioivia on enää kolmannes. Ammatillisen koulutuksen mukaan tarkasteltaessa terveytensä hyväksi kokevien osuuksissa on suuria eroja erityisesti naisilla (kuvio 1). Korkeakoulun suorittaneista naisista vielä joka viides kokee terveytensä hyväksi 72–76-vuotiaana, kun samanikäisistä ammattikoulun käyneistä tai ilman ammatillista tutkintoa olevista naisista vain muutama prosentti kokee terveytensä hyväksi. Pyydettyä vertaamaan terveydentilaansa vuoden takaiseen terveyteen suurin osa vastaajista arvioi terveytensä suunnilleen samanlaiseksi kuin vuosi sitten. Vanhimmassa ikäryhmässä kolmannes naisista ja viidennes miehistä arvioi terveydentilansa huonommaksi kuin

Terveydentila on tärkein hyvää vanhenemista määrittävä tekijä.



Kuvio 1. Terveytensä hyväksi kokeneiden naisten osuudet (%) ammatillisen koulutuksen mukaan.



Kuvio 2. Tutkittujen osuus, joilla terveys rajoittaa portaiden nousemista useita kertoja. Tulokset on esitetty iän, sukupuolen ja vyötärön ympäryksen mukaan (vaalea palkki: alle suositusten; tumma palkki: yli suositusten). Vyötärön ympäryksen suositusarvot: miehet < 102 cm, naiset < 88 cm.

vuosi sitten. Nuorimman ikäryhmän miehistäkin peräti joka viides arvioi terveytensä huomommaksi kuin vuosi sitten.

Yleisimmät lääkärin toteamat sairaudet ovat kohonnut verenpaine, kohonnut veren kolesterolipitoisuus ja selän kulumavika tai muu selkäsairaus. Vanhimman ikäryhmän naisilla korostuivat nivelrikko, tahaton virtsankarkailu, harmaakaihi, osteoporoosi ja kaatumisen tai muun vastaavan syyn aiheuttamat murtumat. Kun tiedetään, että naiset asuvat usein viimeiset vuodet yksin, nämä sairaudet voivat hyvinkin rajoittaa liikkumista ja siten itsenäistä selviytymistä kotona.

Joka viides miehistä ja nuorimman ikäryhmän naisista on lihava (painoindeksi yli 30 kg/m²). Kahden vanhimman ikäryhmän naisista joka kolmas on lihava. Lihavuus vaikuttaa toimintakykyyn. Kun lihavuutta luokiteltiin vyötärön ympärysmittaan mukaan, ne joiden vyötärön ympäryks on suuri (miehet yli 102 cm ja naiset yli 88 cm) raportoivat useammin toimintakyvyn rajoituksia. Lihavista huomattavalla osalla terveys rajoittaa portaiden nousemista verrattuna normaalipainoisiin. Tämä korostuu erityisesti vanhimmassa ikäryhmässä (taulukko 2).

Osaprojekteissa tutkitaan keliakiaa, psoriasista ja vanhenemisen kokemista

Ikihyvän seurantatutkimuksessa kertyy paljon aineistoa, jota hyödynnetään osatutkimuksissa sekä laadullista että määrällistä tutkimusotetta käyttäen. Näin Ikihyvän seuranta-aineisto pystyy yhdis-

tämään hyvin erityyppisten tieteenalojen kiinnostuksen. Tällä hetkellä aineistosta on valmisteilla useita pro gradu -opin- näytetöitä ja väitöskirjoja. Mielenkiintoisessa pro gradu -työssään Pirjo Kalmari analysoi Ikihyvän kolmea avovastausta, jotka liittyvät pahimpiin ja parhaimpiin asioihin mitä vastaajille voisi lähivuosina tapahtua ja heidän unelmiinsa. Tulosten mukaan terveydentila on tärkein hyvää vanhenemista määrittävä tekijä (4).

Ikihyvässä tehtiin myös terveysvalitukseen liittyneitä ns. kolmen sukupolven haastatteluja (5). Tässä osatutkimuksessa haastateltiin Ikihyvän suurten ikäluokkien edustajia (Ikihyvän nuorin ikäryhmä) sekä heidän vanhempiaan ja lapsiaan. Joidenkin Ikihyvään osallistuneiden koteja ja mieli- paikkoja kuvattiin yhteistyössä Lahden Muotoiluinstituutin ja Valokuvataide ry:n kanssa. Nämä mielipaikat kuvittavat tätä teemaa.

Ikihyvän materiaalia on käytetty myös vertailuaineistona muutamissa kansain- välisissä tutkimuksissa. Verinäytteistä on erikseen määritetty keliakia-vasta-aineita, ja löydökset ovat johtaneet mielenkiintoisiin jatkotutkimuksiin (Liisa Luostarinen ja työryhmä). Myös psoriasista on tutkitu tarkemmin Ikihyvän aineistosta (Erna Snellman ja työryhmä). ●

Raisa Valve,

erikoistutkija, FT

Helsingin yliopisto

Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia,

Lahti

raisa.valve@helsinki.fi

Kirjallisuutta

1. Karisto A, Nummela O, Konttinen R, Haapola I, Valve R, Uutela A, Heikkilä K. Ikääntyvä Päijät-Häme, kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenian raportteja ja selvityksiä 2003;41.
2. Valve R, Absetz P, Fogelholm M, Karisto A, Katajamäki E, Nissinen A, Talja M, Uutela A. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus, perusraportti 2002. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja 2003: A 12.
3. Karisto A., Konttinen R. Kotiruokaa, kotikatua ja kaukomatkailua, tutkimus ikääntyvien elämäntyyliä. Palmenia-kustannus, 2004.
4. Kalmari P. Vanhenemisen janus-kasvot – avovastauksiin perustuva analyysi. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalipoliittikan laitos, 2004.
5. Häkkinen A, Linnanmäki E, Leino-Kaukiainen P. Suomi, johon suuret ikäluokat syntyivät. Kirjassa Karisto A. (toim.): Suuret ikäluokat. Vastapaino, Tampere, 2005.

Ikihyvän seurantatutkimus saa rahoitusta Euroopan sosiaalirahastolta (ESR) ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriltä.

Päijät-Häme terveyden edistämisen pioneerinä

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyö on ollut perinteisesti välitöntä. Alueen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelujärjestelmää, joka on nyt tehokkaimpia maassamme, onkin pystytty kehittämään järjestelmällisesti. Tähän mennessä kunnat ovat arvioineet sosiaalitoimen ja terveyspalvelujärjestelmän toimivuuden kolmesti yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa ja tehneet kuntakohtaiset kehittämisohjelmat.

Terveyden edistämisen tärkeyteen havahduttiin vuonna 1998 valmistuneen Kuolleisuus, sairastavuus ja sosioekonomiset tekijät Päijät-Hämeessä -selvityksen valmistuttua. Selvityksen mukaan sairaanhoitopiirissä ikä- ja sukupuolivakioitu alle 75-vuotiaiden kuolleisuus oli 6 % muuta maata korkeampi. Ylikuolleisuutta aiheuttavien sairauksien joukossa olivat verenkiertoelinten sairaudet ja muita terveyskäyttäytymisellä ehkäistävissä olevia sairauksia.

Terveyttä laajalla yhteistyöllä

Ikihyvä Päijät-Häme -terveydenedistämishanke käynnistyi sairaanhoitopiirin aloitteesta vuonna 2002 laajan tutkimuskonsortion voimin, jossa ovat mukana Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikkö, Kansanterveyslaitos, Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos, Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitos, Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso ja UKK-instituutti.

Tämän kansalaisten terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteena on päijäthämäläisten hyvinvoinnin parantaminen, sairastavuuden vähentäminen, elämänlaadun kohentaminen ja alueen vetovoiman kasvattami-

Muuta maata korkeampi kuolleisuus, jonka taustalta löytyi verenkiertoelinten tauteja ja muita ehkäistäviä sairauksia, herätti Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin etsimään keinoja edistää väestön terveyttä. Tarpeeseen syntyi Ikihyvä-hanke, joka kattaa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen lisäksi laajasti kuntien toimialueen koulutoimesta vanhustenhoitoon ja liikuntatoimesta yhteiskuntasuunnitteluun.

nen. Hankkeessa kehitetään konkreettisesti ikääntymiseen ja hyvinvointitekologiaan liittyviä palveluja osana normaalia kuntien toimintaa.

Vuoteen 2012 jatkuvaksi suunnitellun hankkeen perusrungon muodostaa kyselytutkimukseen ja riskitekijämittauksiin perustuva ikääntyvän väestön kohorttiseuranta. Ensimmäinen perusmittaus tehtiin vuonna 2002 ja toinen mittaus vuonna 2005 (kuvio 1). Kohorttiseurannalla mitataan yleisesti ikääntyvän väestön terveyttä, sosioekonomisia oloja sekä terveys- ja liikuntakäyttäytymistä. Tarkempi kuvaus seurannasta ja osallistujista löytyy toisaalta tästä lehdestä (Raisa Valve, s. 4).

Kunta diagnosoitavana

Hankkeen tärkein tavoite ja ydin ovat kuitenkin kuntien omissa organisaatioissa omien työntekijöiden voimin toteutettavat kehittämishankkeet. Nämä eivät koske pelkästään terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstöä vaan laaja-alaisesti koko kunnan toimialuetta koulutoimesta vanhustenhoitoon ja liikuntatoimesta yhteiskuntasuunnitteluun.

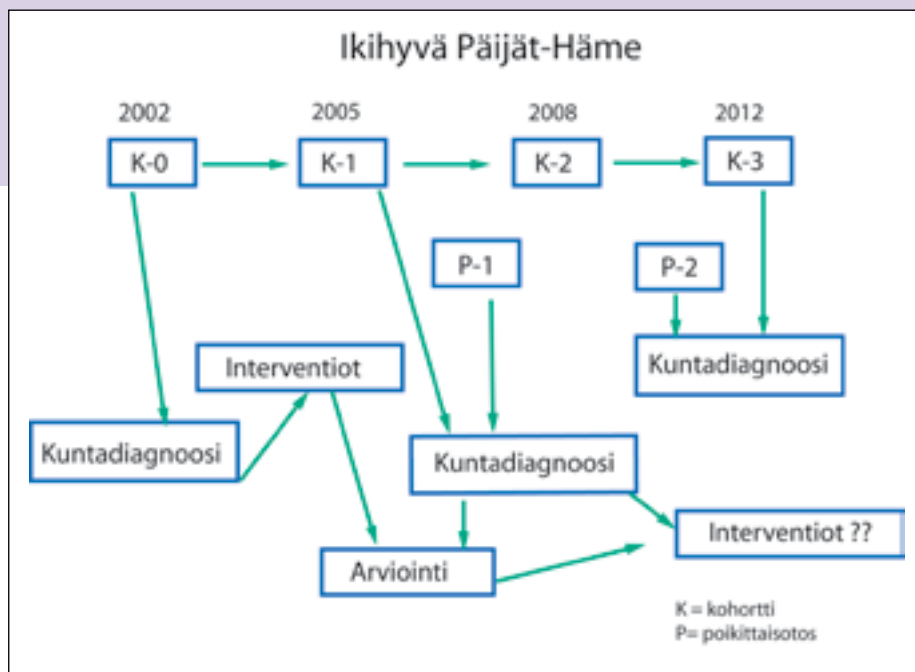
Käynnistyneistä hankkeista keskeisimmät ovat tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke perusterveydenhuollon toimintana, seutukunnallisen toimintatavan kehittäminen alueen kuntien ikääntyvän väestön toimin-

takyvyn arviointiin, seurantaan ja ylläpitoon sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä sekä kansallisten Käypä hoito -suositusten hyödyntäminen terveyden edistämisen apuvälineenä. Edellä mainittujen tavoitteiden toteutumista hanke edistää myös kuntakohtaisin ”yhteisödiagnoosein” ja kuntakäynneillä, joilla on mahdollisuus tarkentaa kuntien terveyden edistämisen toimintaa ja tavoitteita.

Päijät-Hämeessä on tavoitteena yhdistää alueen kuntien sosiaali- ja terveystoimi osana kansallista terveyshanketta yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa terveyden edistämisen on selkeä ja kasvava rooli kansalaisten hyvinvoinnin kehittämisenä. Kuntalaisten terveyden edistämiseen tähtäävä työ tuottaa tuloksia vasta, kun kansalaiset itse ottavat vastuuta nykyistä enemmän itsestään ja toteuttavat terveyttä edistäviä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuksissaan. Tämän tavoitteen onnistumiseksi tarvitaan terveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa tehtävien toimintatapamuutosten lisäksi myös kolmannen sektorin ja kansalaisjärjestöjen tuki.

Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen tavoitteet vastaavat valtakunnallisia terveyden edistämisen tavoitteita. Hallitusohjelman ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaisesti väestön terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä yksilön elämänhallinnan, työ- ja toimintakyvyn ja

omatoimisuuden tukeminen ovat keskeisiä sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteita. Keskeisenä tavoitteena on myös sosiaali- ja terveydenhuollon entistä parempi yhteensovittaminen, jonka päämääränä on lisätä kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja vähentää syrjäytymistä. Ikihyvä -tutkimus- ja kehittämishankkeessa tehty työ terveyden edistämiseksi on ollut valtakunnallista pioneerityötä, jonka merkitys tulee korostumaan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiiri -hankkeen toteutumisen myötä. ●



Kuvio 1. Ikihyvä Päijät-Häme -hankekokonaisuus.

Martti Talja,
professori
hallintoylilääkäri
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri
martti.talja@phks.fi

Arjen paikat kuvina

Grillauspaikka.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miia Saastamoinen



Nojatuoli.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miika Kainu

Käyväksi hoidoksi käyvät terveelliset elintavat

Terveydenhuollon palveluista suurin osa kohdistuu kroonisten sairauksien hoitoon. Ravinto- ja liikuntatottumukset, tupakka ja päihteet ovat useimpien kroonisten sairauksien taustalla. Terveydenhuollon mahdollisuudet osallistua näiden sairauksien ehkäisyyn ovat hyvät. Samaan aikaan kun väestö ikääntyy, tutkimus ja teknologia tuovat uusia kroonisten sairauksien hoito- ja ehkäisymahdollisuuksia.

Yhteiset, selkeästi kirjatut hoito- käytännöt sekä hoitoja ja ennaltaehkäisyä tukevat tietotekniset ratkaisut edesauttavat uusien hoitomenetelmien käyttöönottoa. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä tutkitaan Käypä hoito -suositusten soveltuvuutta terveyden edistämiseen elintapoihin liittyvien kroonisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Tämä Ikihyvä-hankkeen osana tehtävä tutkimus- ja kehittämisprojekti VALTIT toteutetaan vuosina 2004–2007. Tavoitteena on madaltaa elintapoihin puuttumisen kynnyksiä ja edistää moniammatillista toimintamallia.

Hoitosuosituksen soveltaminen käytäntöön

Tammikuussa 2006 Suomessa on 64 valtakunnallista Käypä hoito -suositusta. Käytössä on myös suuri määrä alueellisia ja toimipaikkakohtaisia suosituksia ja ohjeita. Hoitosuosituksia eivät välttämättä siirry toimiviksi käytännöiksi. Haasteena onkin saada juurrutettua elintapamuutosta tu-

kevia toimintatapoja ja välineitä muuttuvan terveydenhuollon arkeen. Henkilöstön myöntävyys käytäntöjen muuttamiseen on ratkaiseva tekijä suosituksen siirtymisessä käytännöksi (1). Rajoittavia tekijöitä ovat mm. suosituksen rakenne ja soveltuvuus käytäntöön (2–4).

Useat kroonisten sairauksien hoitosuosituksia sisältävät suosituksen elintapojen muuttamisesta. Nämä terveyskäyttäytymistä koskevat tavoitteet ovat useissa suosituksissa varsin samansuuntaisia, joten niitä voidaan tarkastella rinnakkain. Näin voidaan vähentää hoidon hajanaisuutta. Selkeät hoitosuosituksia ja niihin liittyvä elintapamuutosten ohjaamista tukeva koulutus voivat lisätä terveydenhuollon henkilöstön kiinnostusta terveyden edistämiseen (5).

Hoitosuosituksia Ikihyvä-hankkeessa

Ikihyvä-hankkeessa toteutetaan hoitosuosituksien jalkauttaminen ja juurruttaminen Päijät-Hämeen terveydenhuollon arkeen.

Keskeisenä työvälineenä ovat Käypä hoito -suositukset, joissa elintapojen muuttaminen on joko tavoite tai/ja osa hoitoa. Pohjana ovat seuraavat suositukset: Kohonnut verenpaine, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot, Dyslipidemiat ja Aikuisten lihavuus. Näiden suositusten pohjalta rakennetaan alueellisia toimintamalleja.

Tutkimus- ja kehittämishanke on suunnattu perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidossa niille, jotka hoitavat kroonisia, elintapoihin liittyviä sairauksia. Toiminta-alueena ovat Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin 15 kuntaa, joista kaksi on kuntayhtymä. Alueellisen hoitosuositusmallin luomiseksi on koottu työryhmä, jossa alueen kunnat ja kuntayhtymät ovat edustettuina. Työryhmä koostuu perusterveydenhuollon lääkäreistä ja terveydenhoitajista, erikoissairaanhoidon lääkäreistä ja hoitohenkilöstöstä sekä terveyden edistämiseen osallistuvista muista ammattilaisista, ja se toimii yhteistyössä sairaanhoitopiirin hoitoketjutyöryhmän kanssa.

Ikihyvän VALTIT-hankkeessa syntyviä asioita

Alueellinen hoitosuositus (Verenpaine, lihavuuden hoito ja ehkäisy, lipidit ja tupakointi)

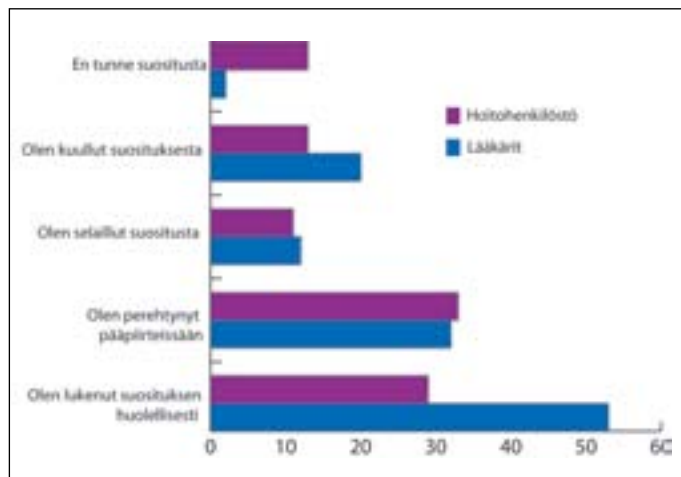
Työvälineitä: lomakkeita ja kirjaamista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä että eri ammattilaisryhmien välillä

Verkkomateriaalit ammattilaisille sekä työn avuksi, koulutukseen että potilaille jaettavaksi

Elintapaneuvonnan integroituminen osaksi hoitoa

Iki-hyvän toimintojen hyödyntäminen laajasti alueella

Alueellinen malli viedä uusia suosituksia laajempina kokonaisuuksina eteenpäin



Kuvio 1. Ammattiryhmien tutustuminen Kohonneen verenpaineen -hoitosuositukseen.

Väylinä ammattilaisten päivittäiseen työhön toimivat hankkeessa kehitetty koko alueen kattava verkkoympäristö (materiaalit, mallit, osaamisen jakaminen), hankkeen koulutustilaisuudet ja pienryhmyöskentely (taulukko 1).

Kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen käyttö

Terveystieteiden henkilöstön asenteita hoitosuosituksiin, niiden käyttöön ja elintapamuutoksiin kartoitettiin kyselylomakkeella ennen toiminnan alkamista. Lomake lähetettiin Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa ja Lahden kaupungin työterveyshuollossa työskenteleville lääkäreille ja sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja työterveyshoitajille sekä keskussairaalassa metabolisen oireyhtymän parissa työskenteleville lääkäreille, terveydenhoitajille ja sairaanhoitajille. Täytetyn lomakkeen palautti 301 terveydenhuollon ammattilaista (vastausprosentti 59 %).

Raportoimme esimerkkinä Kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen käyttöä ennen hoitosuositusohjelman käynnistämistä avoterveydenhuollossa koko Päijät-Hämeen alueella (vastaajia 219). Verenpaineen Käypä hoito -suositusten tunnettavuus erosi ammattiryhmien välillä. Lääkärit olivat useammin perehtyneet suositukseen kuin hoitajat (kuvio 1). Viimeisen 12 kuukauden aikana lääkäreistä 17 % ja hoitajista 48 % ei ollut osallistunut mihinkään hoitosuositukseen liittyvään koulutukseen. Henkilöt, jotka olivat osallistuneet verenpaineen hoitoa koskevaan koulutukseen, käyttivät aktiivisemmin suositusta. Lisäksi osal-

Osallistuminen koulutukseen lisäsi hoitosuosituksen käyttöä.

listumiseen mihin tahansa hoitosuositusohjelmaan viimeisen 12 kuukauden aikana lisäsi hoitosuosituksen käyttävien osuutta erityisesti hoitohenkilökunnalla (kuviot 2 ja 3.).

Hoitajia oli kehoitettu osallistumaan hoitosuositusta koskeviin koulutuksiin useammin kuin lääkäreitä, ja osallistuminen lisäsi suositusten käyttöä hoitajilla. Hoitosuosituksen potilasversiota tai muita potilasmateriaaleja oli kaiken kaikkiaan jaettu varsin harvoin. Kuitenkin ne lääkärin ja hoitajan, jotka olivat osallistuneet hoitosuositusohjelmaan, jakoivat muita useammin potilasmateriaalia.

Missä haasteita?

Käypä hoito -suositukset on tehty koko terveydenhuollossa, mutta niiden tunnettavuus ei ole yhtä hyvä kaikissa ammattiryhmissä. Tutkimuksessa mukana olivat lääkärin ja hoitajan työskentelevät päivittäin verenpaineipotilaiden kanssa, ja suositus on parhaimmillaan hyvä tuki työlle. Tietoa elintapamuutoksista on tarjolla ja verenpaineen hoitosuosituksista on olemassa potilasversio. Ilmeisesti talon tapoihin ei usein kuulu jakaa potilasmateriaalia, joka antaisi potilaalle lisää aikaa perehtyä sairauteensa ja elintapoihinsa ja tukisi omien elintapojen seuraamista ja muuttamista.

Koulutuksella on toimintatapojen kehittämiseen suuri vaikutus. Koulutuksissa tulisi käydä läpi myös potilasversiot ja kannustettava niiden käyttöä. Käytännöstä tulisi myös sopia yhteisesti ja huomioida, että potilasmateriaalit eivät korvaa vastaanottoa ja että potilailla on oltava mahdollisuus keskustella potilasversion herättämistä kysymyksis-

tä esimerkiksi seuraavalla vastaanotolla. VALTIT-hankkeen tavoitteena on lisätä projektissa mukana olevien suositusten käyttöä ja luoda yhteisiä käytäntöjä, joilla elintapamuutoksia voidaan tukea kroonisissa sairauksissa. ●

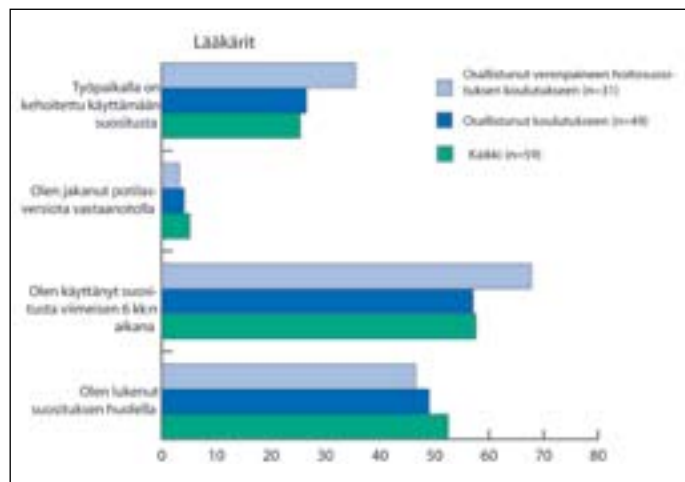
Kristiina Patja,
asiantuntijalääkäri
krsitiina.patja@ktl.fi

Piia Jallinoja,
erikoistutkija
Kansanterveyslaitos

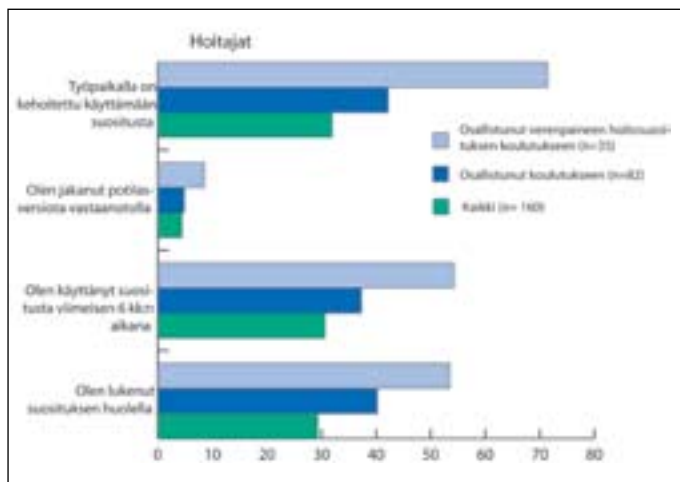
Risto Kuronen,
terveyskeskuslääkäri
Asikkalan terveyskeskus

Kirjallisuutta

1. Rousseau N, McColl E, Newton J, Grimshaw J, Eccles M. Practice based, longitudinal, qualitative interview study of computerised evidence based guidelines in primary care. *BMJ* 2003;326:314.
2. Dobbins M, Davies B, Danesco E, Edwards N, Virani T. Changing nursing practice: evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation toolkit. *Can J Nurs Leadersh* 2005;18:34-45.
3. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust* 2004;180(6 Suppl): S57-60.
4. van der Sanden WJ, Mettes DG, Plasschaert AJ, Grol RP, Mulder J, Verdonchot EH. Effectiveness of clinical practice guideline implementation on lower third molar management in improving clinical decision-making: a randomized controlled trial. *Eur J Oral Sci* 2005;113:349-54.
5. Ketola E. Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2003;119:1501-2.



Kuvio 2. Hoitosuosituksen käyttö lääkäreillä sen mukaan onko osallistunut hoitosuositusohjelmaan yleensä tai koulutukseen kohonneen verenpaineen hoitosuosituksesta.



Kuvio 3. Hoitosuosituksen käyttö hoitajilla sen mukaan onko osallistunut hoitosuositusohjelmaan yleensä tai koulutukseen kohonneen verenpaineen hoitosuosituksesta.

Ikihyvä-ryhmätoimintamalli tukee elintapojen muutosta

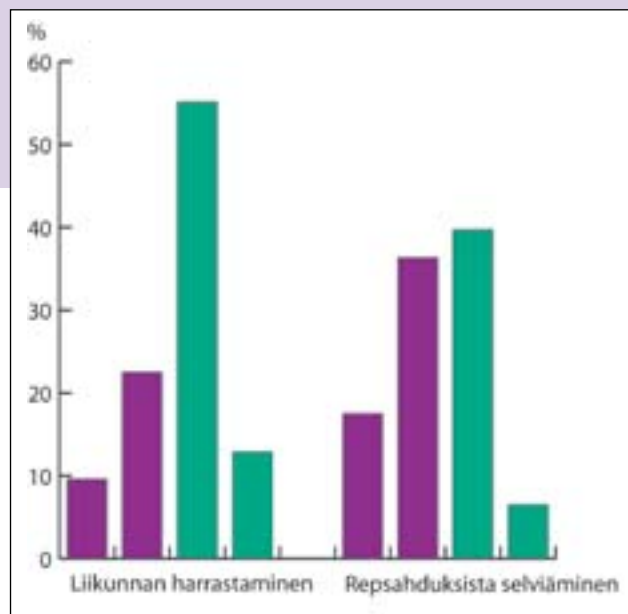
Nopeasti yleistyvää tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä elintapamuutoksilla. Ikihyvä-hankkeessa käytetty tavoitteellisen toiminnan periaatteisiin pohjautuva elintapaohjaus tuki asiakkaan vastuunottoa ja auttoi vähentämään diabeteksen riskitekijöitä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muiden elintapatauti-ennaltaehkäisyssä.

Suomalaisten sydän- ja verisuonisairastavuus ja -kuolleisuus ovat vähentyneet merkittävästi 1970-luvulta alkaen, mutta samalla väestön ylipainoisuus sekä siihen liittyvät sairaudet ovat lisääntyneet (1). Tyypin 2 diabetes yleistyy erityisen nopeasti ja vie jatkuvasti kasvavan osuuden terveydenhuollon resursseista, mutta olisi merkittävältä osin ehkäistävissä suhteellisen yksinkertaisilla elintapamuutoksilla (2,3). Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä aloitettiin vuonna 2003 tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn tehostamiseen tähtäävä Ikihyvä-elintapaohjauskokeilu, jossa pyritään ruokailutottumusten muuttamiseen ja liikunnan lisäämisen tavoitteellisen toiminnan mallin avulla (4–6). Tavoitteena on tukea asiakkaan omaa vastuunottoa elintapamuutosten tekemisessä.

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin aloitteesta lähdettiin Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishankkeen ensimmäisenä kehittämistehtävänä tehostamaan tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä ryhmässä tapahtuvan elintapaohjauksen avulla (4–6). Kansanterveyslaitoksen aiemmissa tutkimuksissa oli saatu vakuuttavaa näyttöä siitä, että elintapamuutoksella voidaan ehkäistä diabetesta (2). Nyt kiinnostuksen kohteena oli se, miten näyttö saadaan siirtymään käytännön toimintatavoiksi.

Ikihyvä-ryhmätoimintamallia ja sen soveltamista terveyskeskusten arkityössä suunniteltiin Kansanterveyslaitoksen, Helsingin yliopiston Lahdessa sijaitsevan Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian, UKK-instituutin sekä alueen kuntien terveydenhoitajia, fysioterapeutteja ja ravitsemusterapeutteja edustavan ryhmän

Kuvio 1. Vasemmalla vastaukset väittämään ”Olen tehnyt yksityiskohtaisen suunnitelman siitä, milloin harrastan liikuntaa” ja oikealla vastaukset väittämään ”Olen tehnyt yksityiskohtaisen suunnitelman siitä, kuinka selviytyä repsahduksista”. Vastausvaihtoehdot kumpaankin väittämään: 1 = ei pidä ollenkaan paikkaansa; 2 = ei enimmäkseen pidä paikkaansa; 3 = pitää enimmäkseen paikkansa; 4 = pitää ehdottomasti paikkansa.



yhteistyönä vuoden 2002 aikana. Vuosien 2003 ja 2004 aikana neuvontaa kokeiltiin Suomen Akatemian Terve-tutkimusohjelman rahoittamana tutkimuksena, ja myös KELA ja Kansallinen terveydenhuollon kehittämishanke ovat sittemmin tulleet mukaan rahoittamaan mallin kehittämistä ja juurruttamista. Kansanterveyslaitoksen vetämässä tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti mallin toimivuutta elintapamuutosten aikaansaamisessa sekä sen soveltumista terveydenhuollon työvälineeksi.

Ikihyvä-elintapaohjauksen malli - mitä ja kenelle?

Ikihyvä-elintapaohjaus on tavoitteellisen toiminnan periaatteisiin pohjautuva asiakkaan vastuunottoa tukeva terveysneuvonnan työtap (taulukko 1), joka sopii paitsi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn myös ylipainon, veren rasva-arvojen ja kohonneen verenpaineen elintapahoitoon. Ohjaus tapahtuu noin 12 hengen ryhmässä. Ryhmän ohjaajana voi toimia terveydenhoitaja joko yksin tai parina esimerkiksi fysioterapeutin kanssa. Yhteen ohjausjaksoon sisältyy kuusi kahden tunnin mittaista istuntoa, joista

viisi ensimmäistä pidetään kahden viikon välein. Tutkimusvaiheen aikana viidennen ja kuudennen istunnon välinen aika oli noin viisi kuukautta, mutta sekä ohjaajilta että ryhmistä saadun palautteen pohjalta sitä on pyritty lyhentämään muutamaan kuukauteen. Päijät-Hämeessä ohjausta tukee hankkeen yhteinen, sairaanhoitopiirin rahoittama ravitsemusterapeutti, joka mm. käy jokaisessa ryhmässä kerran. Ryhmillä on myös ollut mahdollisuus tutustua kunnan liikuntatarjontaan.

Tutkimusvaiheen aikana vuonna 2003 kaikki Päijät-Hämeen alueen terveyskeskukset ja jokaisen kunnan liikuntatoimi osallistuivat hankkeeseen. Tutkimusta varten koulutettiin yhteensä 20 ohjaajaa tai ohjaajaparia. Tavoitteena oli, että kukin ohjaaisi kaksi ryhmää tutkimusvuoden aikana. Käytännössä ryhmiä muodostettiin 36, kun kolme ryhmänohjaajaa siirtyi muihin tehtäviin kesken vuoden ja yksi ohjaaja koki, ettei työskentelytapa soveltunut hänelle.

Tutkimusta varten ryhmiin otettiin Diabetesliiton riskitestin perusteella kohonneessa diabetesriskissä olevia 50–65-vuotiaita perusterveydenhuollon asiakkaita. Pääosa heistä tuli terveydenhoitajien

Tavoitteellisen toiminnan malli

1. Ohjauksen yleiset tavoitteet:

- Näyttöön perustuvat yleiset tavoitteet ruokavaliolle, liikunnalle ja painonpudotukselle
- Asiakkaan oman vastuunoton tukeminen
- Positiivisten tunteiden herättäminen ja hyödyntäminen elintapamuutosten tekemisessä
- Ryhmäytyminen ja ryhmässä mukana pysyminen

2. Asiakkaan omat tavoitteet yleisiin tavoitteisiin pääsemiseksi:

- Omaan elämään sopivat
- Aloitetaan pienestä tavoitteesta, siirrytään vähitellen isompaan
- Positiiviset, ei kieltoa ja kärsimystä
- Konkreettiset: MITÄ, MISSÄ, MILLOIN, MITEN

3. Tavoitteiden asettamista ja tavoitteisiin etenemistä tukevat työskentelyvälineet käytössä sekä ryhmässä että kotona

4. Ryhmän tuki

aikuisvastaanotolta, mutta myös lääkärit ohjasivat asiakkaitaan ryhmiin. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen tuli 388 sisäänotokriteerit täyttävää henkilöä, 102 miestä ja 286 naista.

Ryhmätoimintamallista on hyötyä

Ryhmäohjauksen avulla voidaan säästää huomattavasti terveydenhuollon resursseja. Ohjaaja käyttää aikaa 12 tuntia aktiiviseen ryhmän ohjaukseen ja noin 6 tuntia valmisteluun, mutta koko 12 hengen ryhmä saa yhteensä 144 tuntia neuvontaa. Lisäksi Ikihyvän mallissa ohjauksessa käytettävä materiaali on tuotettu valmiiksi, joten tapaamisten suunnitteluun ei tarvitse käyttää paljon aikaa. Tutkimuksemme osallistuneet ohjaajat suhtautuivat pääsääntöisesti positiivisesti ohjaukseen, ja enemmistö heistä koki sekä kehittyvänsä ammatissaan että saavansa voimia ryhmän kanssa työskentelystä.

Asiakkaat suhtautuivat ryhmätoimintaan positiivisesti ainakin osallistumisaktiivisuudella mitattuna – ensimmäiselle viidelle istunnolle osallistui kullekin yli 90 prosenttia. Lähes puolen vuoden tauon jälkeiselle istunnollekin tuli yli 80 prosenttia ja vuoden seurantatutkimukseen terveydenhoitajan vastaanotolle 93 prosenttia tutkittavista. Myös lomaketutkimuksessa saatu palaute sekä painonpudotustavoitteissa onnistuneiden ja epäonnistuneiden keskuudessa tehdyt haastattelut osoittivat, että toiminta koettiin pääsääntöisesti myönteisenä. Jonkin verran kritiikkiä herätti toimintaan sisältyvien kotitehtävien määrä – joidenkin osallistujien oli vaikea mieltää, että elintapamuutosta varten omia arkisia toimia on seurattava, suunniteltava

ja harjoiteltava.

Tutkimukseen osallistuneilla miehillä ja naisilla sekä painoindeksi että vyötärön ympärys pienenevät tilastollisesti merkitsevästi. Miehillä myös diastolinen verenpaine laski. Kummassakaan ryhmässä ei kuitenkaan ryhmätasolla tapahtunut parannusta veren sokeriarvoissa. Alkumittauksen laboratoriotuloksissa 67 prosentilla oli normaali ja 24 prosentilla heikentynyt sokerinsieto, ja 9 prosenttia ylitti diabeteksen raja-arvon ($> 11,0$ mmol/l). Vuoden 2005 mittauksessa vastaavat luvut olivat 70, 22 ja 8 prosenttia. Miehillä tulokset olivat hieman paremmat kuin naisilla, sitä vastoin koulutusryhmien välillä ei havaittu eroja riskitekijöiden muutoksissa.

Tavoitteellisen toiminnan mallin periaatteiden mukaisesti ohjauksessa pyritään löytämään omia tavoitteita ja tekemään tarkkoja suunnitelmia niiden saavuttamiseksi. Tutkimuksessa käyttäytymisen muutosprosessia kartoitetaan kyselylomakkeilla ja haastatteluin kerätyn tiedon avulla. Sekä usko elintapamuutoksen hyötyihin että omaan kykyyn tehdä muutoksia lisääntyivät merkitsevästi ohjannan aikana. Omien tavoitteiden asettaminen sujui ryhmäläisiltä hyvin silloin kun kyseessä oli normaalielämään liittyvän liikunnan tai ruokailun suunnittelu (kuviot 1). Sen sijaan varautuminen poikkeaviin tilanteisiin ja repsahdusten hallinta olivat vaikeampia tehtäviä (kuviot 1). Kaiken kaikkiaan tavoitteiden asettelu ja suunnitelmallisuus kuitenkin lisääntyivät. Tuloksien tarkemmat analyysit ovat vielä kesken ja moni tärkeä kysymys odottaa vastausta. Emme toistaiseksi tiedä esimerkiksi sitä, minkälaisista lähtökohdista tulevat ryhmäläiset hyötyivät ohjannasta eniten.

Toimintaa kehitetään edelleen

Alustavista tutkimustuloksista on kuitenkin jo ehditty ottaa oppia toiminnan kehittämiseksi. Muun muassa istuntojen jaksotusta on pyritty muuttamaan asiakkaiden tarpeita paremmin vastaavaksi. Kotitehtävät ovat elintapamuutoksen keskeisiä työvälineitä, ja niiden tekemisen tärkeyttä pyritään perustelemaan entistä paremmin. Suunnitelmien konkretisoimiseen, poikkeustilanteisiin varautumiseen ja repsahdusten hallintaan on kehitetty uusia työvälineitä.

Hyvien kokemusten pohjalta toimintaa juurrutetaan osaksi valtimotautien ennaltaehkäisyä hoito-ohjelmia Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. Tähän mennessä on koulutettu noin 70 ryhmän ohjaajaa ja toiminnan toivotaan leviävän myös muualle Suomeen. Kansanterveyslaitos tekee tutkimusyhteistyötä Päijät-Hämeessä kehitetyn suomalaisen mallin soveltamisessa myös maapallon toisella puolella Australiassa. ●

Pilvikki Absetz,

erikoistutkija

Kansanterveyslaitos

pilvikki.absetz@ktl.fi

Raisa Valve,

erikoistutkija

Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia Lahti
Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen
koordinaattori

Kirjallisuutta

- Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10 /2005.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, ym. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.
- Salminen V, Lindström J, Louheranta A, Rastas M. Ruokavali- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. *Suom Lääkäril* 2002;58:1379-82.
- Uutela A, Absetz P, Valve R, Talja M, Fogelholm M, Nissinen A. Health psychological theory in promoting population health in Päijät-Häme, Finland: first steps toward a type 2 diabetes prevention study. *J Health Psychology* 2004;9:73-84.
- Absetz P, Valve R. Elintapaneuvonta tavoitteelliseksi toiminnaksi – terveydenhoitajan roolinmuutos neuvoajasta tukijaksi ja mahdollistajaksi. *Terveydenhoitaja*, 2004;7:12-4.
- Varjonen A, Absetz P. Ikihyvä-ravitsemusterapeutti Päijät-Hämeessä. *Bolus* 2003;9:26-7.

Puhutaan elintavoista - terveellisyys ihanteena, kohtuus käytäntönä?

Ikihyvä-hankkeessa haastateltiin päijäthämäläisiä heidän terveyttä ja terveitä elintapoja koskevista käsityksistään. Haastatteluissa toistui yhteinen käsitys siitä, että yksilö on vastuussa omasta terveydestään. Äärimmilleen viritetyn terveyden tavoittelun sijasta kohtuus vastaa paremmin ihmisten kokemusmaailmaa ja on siksi realistinen tavoite myös terveyden edistämisessä.



Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyintervention suunnitteluvaiheessa yli 50-vuotiaiden päijäthämäläisille tehtiin fokusryhmähaastatteluja, jotta saataisiin taustatietoja elintapainterventioiden toteuttamiseen. Neljässä ryhmässä oli yhteensä 21 osallistujaa. Haastattelukysymykset koskivat terveyttä, terveellisiä elintapoja, terveyden edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä.

Ryhmähaastatteluissa nousi voimakkaasti esiin käsitys siitä, että yksilö on vastuussa omasta terveydestään. Lisäksi haastattelupuheessa toistuivat terveellisiin ja erityisesti epäterveellisiin elintapoihin liitetyt selitykset, joita puhujat peilasivat omaa vastuullisuutta koskeviin käsityksiinsä. Haastattelupuheesta löytyi viisi erilaista terveellisiin elintapoihin liittyvää puhumisen tapaa eli tulkintarepertuaaria. Aktiivisuusrepertuaarissa korostuu terveellisyys hyveenä ja itsestään selvänä positiivisena asiana, jota arvostetaan ja tavoitellaan. Tällöin itsekонтроlli nousee ratkaisevaan asemaan, ja omalla toiminnalla nähdään olevan yhteys elintapoihin ja terveyteen.

Vahvan aktiivisuuspuheen rinnalla käytettiin kolmea sitä täydentävää tul-

kintarepertuaaria. Sairauden, ulkoisten esteiden ja luonteen heikkouden merkitystä erittelevät puhuvat jakavat aktiivisuuspuheen terveysarvon, mutta nostavat esiin tilanteita, joissa yksilön mahdollisuus terveyden tavoitteluun on heikentynyt. Tämä on myös keino oikeuttaa omaa toimintaa, kun aktiivisuuden ihannetila ei toteudu. Näiden lisäksi haastateltavat vetosivat mielihyvän merkitykseen hyvän elämän muodostumisessa. Tämä puhetapa ainoana aktiivisuuden vastarepertuaarina kyseenalaisti terveyden yksilön hyvinvoinnin ensisijaisena lähteenä ja nosti esiin myös muunlaisia arvoja.

Tiukkapipoisuus ja liiallinen nautiskelu tuomittiin

Pääsääntöisesti haastateltavat katsoivat, että vastuu terveellisistä elintavoista kuuluu yksilölle itselleen. Näin ollen haastattelutilanteissa käytiin lukuisia neuvotteluja hyväksyttävistä syistä olla noudattamatta aktiivisuuden ihannetta, eli syistä jotka oikeuttavat yksilön elämään epäterveellisesti. Esimerkiksi perustellessaan passiivisuuttaan sairaudella yksilön täytyi osoittaa

toisille kysymyksessä olevan vakava tai ”todellinen sairaus” eikä mikä tahansa pieni vaiva: vain tällöin yksilöllä oli hyväksyttävä syy passiivisuudelleen. Haastateltavat siis käyttivät repertuaareja selittääkseen omaa toimintaansa, välttääkseen passiivisuuteen liitetyn kielteisen leiman sekä suojellakseen kasvojaan ryhmätilanteissa. Tämän lisäksi he toivat mielellään vastapainoksi esille tilanteita, joissa olivat käyttäytyneet terveysihanteen mukaisesti.

Haastateltavat suhtautuivat kielteisesti toisaalta liialliseen elintapojen kontrollointiin ja toisaalta tilanteisiin, joissa itsekontrolli puuttuu täysin. Niin tiukkapipoista suhtautumista terveellisten elintapojen noudattamiseen kuin myös liiallista nautiskelua esimerkiksi ruuan tai alkoholin suhteen pidettiin tuomittavana. Haastateltavat kuvasivat mielihyvän hakemistaan tarkoituksenmukaiseksi ja suhteellisen kontrolloiduksi toiminnaksi. Tasapainoilu erilaisten valintojen välillä sekä erilaisten tavoitteiden – kuten terveellisuuden ja mielihyvän – samanaikaisuus näyttää vastaavan ihmisten kokemuksia ja heidän tapaansa käsitellä ristiriitaisia valintoja.

Terveystietoa sovellettava yksilöllisesti

Tutkimuksen perusteella voi sanoa, että terveyden arvo on tällä hetkellä varsin vahva. Vahvasta terveysarvosta huolimatta ihmisten päivittäisiä valintoja ohjaavat muutkin voimat ja arvot, kuten pyrkimys mielihyvään ja nautintoon. Äärimmäisen viritetyn terveyden tavoittelun sijasta kohtuus vastaa paremmin ihmisten kokemusmaailmaa. Näin kohtuus on ehdottomuutta realistisempi tavoite terveyden edistämisessä. Käytännössä elintapojen muuttaminen on aina prosessi, johon kuuluu myös repsahduksia. Repsahduksia olisi hyödyllistä pitää oppimistilanteina ja niihin tulisi ammattilaistenkin suhtautua myötätuntoisesti. Kohtuullisuuden periaate pitää sisällään repsahduksen mahdollisuuden, mutta toisaalta tulisi myös miettiä, kuinka paljon ja kuinka usein repsahduksia voi sattua kohtuuden rajaa ylittämättä.

Terveystiedon soveltaminen arkielämään ei tapahdu suoraviivaisesti vaan soveltamiseen vaikuttavat tunteet, arjen kiireet, huolet ja ristiriidat. Yksiulotteisen terveystiedon tuputtaminen voi tuntua arkielämälle vieraalta, ja näin neuvonta tulkitaan helposti moralisoinniksi. Terveysneuvonta tulisikin suunnitella niin, että se mahdollistaa tiedon sopeuttamisen yksilön elämäntilanteeseen ja kokemuksiin. Yksilölliset ja erilaiset tavat toteuttaa terveellisiä elintapoja voivat olla se pohja, josta keskustelu esimerkiksi terveysneuvontavastaanotolla alkaa. Omaan elämään soveltuvien uusien tottumusten etsimisessä, kokeilussa ja arvioinnissa terveysneuvoja voi toimia keinojen ja mahdollisuuksien sekä tuen tarjoajana. Parhaassa tapauksessa autetaan yksilöä löytämään pysyvä elämäntapa, joka vastaa myös hänen omaa käsitystään hyvästä, harmonisesta ja tasapainoisesta elämästä. ●

Pia Pajari,
tutkija
pia.pajari@ktl.fi

Piia Jallinoja,
erikoistutkija

Pilvikki Absetz,
erikoistutkija
Kansanterveyslaitos

Kirjallisuutta

Pajari P, Jallinoja P, Absetz P. Negotiation over self-control and activity: an analysis of balancing in the repertoires of Finnish healthy life-styles. Social Sciences and Medicine, painossa.

Arjen paikat kuvina

Keittiö.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miia Saastamoinen



Kirjahylly.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miika Kainu



Puutarha.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miika Kainu

Terveydelle viileän elämäntyylin jäljillä

Ikääntyvien elämäntyyliä selvittänyt tutkimus löysi joukon ihmisiä, jotka suhtautuvat terveyteen viileästi. Tämän ryhmän elintapavalintoihin eivät terveyden edistämistoimet välttämättä vaikuta. Terveydelle viileät eivät erityisemmin epäile omaa selviytymiskykyään, vaikka ovatkin keskimääräistä selvästi useammin sitä mieltä, ettei terveyteen voi omin toimin juuri vaikuttaa.

Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeessa on tarkasteltu myös ikääntyvien elämäntyyliä (1). Elämäntyylin ymmärrän makumieltymyksiä, orientaatiota, harrastuksia, kulutusta ja elintapoja kuvailevaksi käsitteeksi, kun sen rinnalla käytetty elämäntavan käsite pitää yleensä sisällään myös ajatuksia niiden sosiaalisesta ja kulttuurisesta ankkuroitumisesta.

Elämäntyyli ei ole niin jähmeää ja hitaasti muuttuvaa kuin elämäntapa, vaan siinä on myös muodeille tyypillistä vaihtuvuutta ja omiin harkintoihin pohjautuvaa yksilöllisyyttä. Mutta ei se ole puhtaasti valinnan asiakaan vaan sitä on syytä tarkastella myös mahdollisuuksien kehyksessä (2, 3). Nykyisin puhutaan paljon tapojen ja tottumusten terveellisyydestä, ja niistä virittävää ”terveyselämäntyyli” miltei samastetaan itse elämäntyyliin. Mielestäni nämä käsitteet on pidettävä erillään, ja käyttäytymistä on hyvä lähestyä myös terveyselämäntyyliä yleisemmästä näkökulmasta. Otetaan esimerkiksi syöminen, joka merkitysvälitteisyydessään on hyvin ilmaisukykyinen elämäntyylin osoitin. Terveellisyys on yksi ja nykyisin tärkeä ruokavalintoihin vaikuttava seikka, mutta ei tietenkään ainoa. Ruokakäsityksemme ovat medikalisoituneet, mutta ne ovat myös estetisoituneet, moralisoituneet tai politisoituneet (4).

Elämäntyylin terveystavoitteellisuus

Ikihyvä-tutkimuksessa tiedusteltiin, ovatko vastaajat vähentäneet tai muuttaneet rasvan, sokerin ja suolan käyttöä, lopettaneet tai vähentäneet tupakointia ja alkoholin käyttöä, lisänneet liikuntaa, laihduttaneet, lisänneet kasvisten, kokoviljatuotteiden sekä marjojen ja hedelmien käyttöä terveydellisten näkökohtien perusteella. Iso osa vastaajista kertoi näin tehneensä, ja pieni osa katsoi aina eläneensä niin terveellisesti, ettei mitään tarvetta muutokseen

ole ollut (yksi vastausvaihtoehtoista).

Taulukossa 1 esitetään tottumuksiaan muuttaneiden prosenttiosuudet. Naiset ovat olleet hieman miehiä muutoshakuisempia. Muutokset tupakoinnissa samoin kuin alkoholinkäytössä ovat olleet miehillä yleisempiä, koska he ovat myös polttaneet ja juoneet naisia paljon yleisemmin. Vanhimmissa naisissa tottumuksiaan muuttaneita on vähemmän kuin kahdessa nuoremmassa naisryhmässä, eivätkä he juuri eroa samanikäisistä miehistä.

Kysymykset tuottavat tietoa, joka viittaa paitsi elämäntyylin terveystavoitteisuuteen myös johonkin vastakkaiseen. Taulukossa 2 on esitetty niiden vastaajien prosenttiosuudet, jotka eivät ole muuttaneet eivätkä ole ajatelleetkaan lähiaikoina muuttavansa tottumuksiaan.

Aivan oikopäätä ei muutokseen kielteisesti suhtautuvien tottumuksia voi pitää ongelmallisina, voivathan vastaukset indikoida sitäkin, että on sinut esimerkiksi alkoholinkäyttönsä kanssa. Pari seikkaa puhuu kuitenkin sen puolesta, että taulukossa 2 ollaan ”terveydelle viileän” elämäntyylin jäljillä. Ensiksikin näin vastanneissa on keskimääräistä enemmän tupakoitsijoita, alkoholinkuluttajia ja eri suhteissa epäterveellisesti syöviä. Voita ja suolaa kuluu, ja mieliruoat löytyvät linjalta makkara-karjalanpaisti-läskisoosi. Myös se, että sama kaava toistuu taulukon osiosta toiseen, tukee tulkintaa.

Nuorimmassa ikäryhmässä ei ole tottumuksiaan muuttaneita tai mielestään terveellisesti eläneitä sen enempää kuin muissa ikäryhmissä (yleensä vähemmän), mutta heissä on aina huomattavasti enemmän niitä, jotka eivät ole ajatelleetkaan niitä lähiaikoina muuttavansa, samoin niitä, jotka ovat yrittäneet muuttaa tottumuksiaan siinä onnistumatta. Ainoa poikkeus on liikunta, jonka lisäämisen ajatuksesta on luovuttu useimmin vanhimmassa ikä-

Ruokakäsityksemme ovat medikalisoituneet.

ryhmässä. Myös sukupuolten välillä on selvä ero: miehissä on paljon enemmän niitä, jotka suhtautuvat torjuvasti ajatuksien elintapojensa muuttamisesta terveyssyistä.

Tutkimuksessa havaittiin, ettei ole kyse vain jakaumien samanlaisuudesta vaan siitä, että suhtautuminen yhteen elintapamuutokseen ennustaa suhtautumista toiseen. Siksi voidaan puhua terveydelle viileästä elämäntyylistä tai ”kiistämisen kulttuurista” (5). Terveellisten elintapojen merkityksen rummuttamisen julkisuudessa voi saada aikaan myös tiedostamatonta tai tiedostettua vastarintaa. Terveystavoitteisuuden arvo kiistetään symbolisesti ja käytännössäkin.

Terveydelle viileät

Ilmiöön ja sen taustaan päästään käsiksi summamuuttujan avulla, joka laskee yhteen ”en ole muuttanut enkä ole ajatellutkaan muuttaa tottumuksiani” -vastaukset. Kaikista vastaajista 65 prosenttia ei ”uhitellut” yhdenkään kysytyn asian suhteen, 12 prosenttia vastasi näin kerran, 13 prosenttia 2–4 kertaa ja 10 prosenttia vielä useammin (5–12 kertaa). Jos viimeksi mainittua ryhmää nimitetään terveydelle viileäksi, voidaan havaita, että siihen kuuluu keskimääräistä enemmän vuosina 1946–50 syntyneitä (14 %), miehiä (16 %), naimattomia (16 %), kansakoulun vain osittain käyneitä (18 %), työntekijöitä (13 %) ja maanviljelijöitä (15 %) sekä työttömiä (25 %). Taustalla on myös köyhyys: niistä, joiden rahat riittävät huonosti päivittäisiin menoihin, 21 prosenttia kuuluu terveydelle viileisiin. Luetellut ominaisuudet myös vahvistavat toistensa vaikutusta: esimerkiksi naimattomista miehistä 30 prosenttia (vuosina 1946–50 syntyneistä naimattomista miehistä peräti 38 %) kuuluu heihin, mutta eronneista ylemmistä toimihenkilöistäkin hieman keskimääräistä useampi. Terve-

Muuttuva elintapa	Miehet			Naiset		
Syntymävuodet	1926 -30	1936 -40	1946 -50	1926 -30	1936 -40	1946 -50
Vähentänyt rasvan määrää	68	71	63	69	78	76
Muuttanut rasvan laatua	71	73	71	69	75	76
Lisännyt kasvien käyttöä	59	57	59	60	68	66
Vähentänyt sokerin käyttöä	51	48	47	52	64	57
Vähentänyt suolan käyttöä	58	60	57	59	67	60
Lisännyt liikuntaa	30	40	31	31	45	46
Vähentänyt alkoholin käyttöä	36	38	32	14	22	26
Vähentänyt tupakointia	18	24	21	6	9	9
Lopettanut tupakoinnin	20	23	22	5	12	8
Laihduttanut	25	23	22	17	23	30
Lisännyt rukiin ja kokovilja-tuotteiden käyttöä	40	49	50	49	59	58
Lisännyt marjojen ja hedelmien käyttöä	40	49	50	49	59	58

Taulukko 1. Niiden vastaajien prosenttiosuudet sukupuolen ja syntymävuoden mukaan, jotka ovat terveydellisten näkökohtien perusteella muuttaneet tottumuksiaan.

ysongelmat muhivat näiden terveydelle viileiden keskuudessa, sillä esimerkiksi lihavuus on paljon keskimääräistä yleisempää (terveydelle viileistä 41 %:lla BMI > 30, kaikista 29 %:lla).

Se, että terveydelle viileä elämäntyyli on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa, ei ole yllättävää. Ei liioin se, että elämäntyyli paikantuu työntekijöiden ja viljelijäväestön keskuuteen. Yllättävämpää on, että kiistäminen on yleisintä nuorimmissa ikäryhmässä, suurissa ikäluokissa. Terveyspainotteista elämäntyyliä voidaan pitää modernisoitumispiirteenä, jonka luulisi olevan sitä korostuneempi, mitä nuoremmasta ikäryhmästä on kyse. Kulutuksesta pidättäytymisen tai sen laimentamisen voisi ajatella onnistuvan heikoimmin vanhimpien ja niukkuutta eniten kokeneiden keskuudessa. (6)

Ehkä vanhimmissa ikäryhmissä kapinahankeä on kuitenkin taltuttanut se, että terveys on jo heikentynyt ja siihen on ollut pakko kiinnittää huomiota. Selitystä voi myös hakea iän asemesta pikemmin sukupolven ominaisuuksista. Suuria ikäluokkia on nimetty ”määräksi sukupolveksi” (7), sillä alkoholi on kuulunut heidän arkielämäänsä nuoruudesta lähtien paljon selvemmin kuin aikaisempien sukupolvien.

Suuret ikäluokat ovat myös ”nivelsu-

kupolvi”, joka esimerkiksi työssään on kokenut valtavan yhteiskunnallisen muutoksen (8). He voivat reagoida muutoksiin ”fundamentalistisesti”, vanhoihin tottumuksiin takertumalla. Myös haastateltaessa Ikihyvä-tutkimuksen suuri ikäluokkiin kuuluvia vastaajia on havaittu ”historiallisen muistin” vaikutus: terveyttä ja hyvää elämää koskevat käsitykset kumpuavat jostakin kaukaa (9). Terveydelle viileät eivät erityisemmin epäile omaa selviytymiskykyään, vaikka ovatkin keskimääräistä selvästi useammin sitä mieltä, ettei terveyteen voi omin toimin juuri vaikuttaa.

Miten lähestyä terveydelle viileitä?

Vaikka tulkitsenkin terveydelle viileyden nyky-yhteiskunnassa viihtymättömyydeksi, siinä ilmenevä vikurointi ja hälläväläisäsenne voivat samalla kertoa myös jostain hyvin nykyaikaisesta ilmiöstä, nimittäin Michel Maffesolin ”preseintistiseksi” kutsusta elämäntyylistä: Ajatellaan että parempi nauttia elämästä kuin yrittää hallita sitä. Mielekkyyttä etsitään pikemmin hetkellisyydestä ja tekemisestä kuin pitkän ajan päämäärästä. Tyydytään elämään sellaisena kuin se on, asioiden annetaan olla. Ollaan haluttomia reagoimaan mihinkään, pettyneitä ja kyynisiä eteenpäin menoa ja

Muuttuva elintapa	Miehet			Naiset		
Syntymävuodet	1926 -30	1936 -40	1946 -50	1926 -30	1936 -40	1946 -50
Rasvan määrä	12	11	19	6	3	5
Rasvan laatu	15	13	18	12	7	9
Kasvien käyttö	14	12	12	5	4	5
Sokerin käyttö	19	19	26	8	5	9
Suolan käyttö	14	16	21	7	6	9
Liikunta	18	13	16	12	5	7
Alkoholin käyttö	10	14	26	3	4	11
Tupakoinnin vähentäminen	6	6	15	2	2	6
Tupakoinnin lopettaminen	7	19	17	3	4	12
Laihduttaminen	19	20	27	11	10	15
Rukiin ja kokoviljatuotteiden käyttöä	12	14	25	5	5	8
Marjojen ja hedelmien käyttö	9	11	20	4	5	6

Taulukko 2. Niiden vastaajien prosenttiosuudet sukupuolen ja syntymävuoden mukaan, jotka eivät ole muuttaneet tottumuksiin terveydellisten näkökohtien perusteella eivätkä ole ajatelleetkaan muuttavansa

edistystä kohtaan (10).

Tulokset ovat kiinnostavia terveyden edistämisen näkökulmasta, sillä ne osoittavat kohderyhmän, johon olisi syytä vaikuttaa. Vaikuttaminen vaatii kuitenkin kulttuurista herkkyyttä. Työttömyysputkeen tungetun, yksinäisen miehen elämässä ei ole etusijalla se, kuinka kevyt on hänen leivänpäällisensä. Työelämä ei häntä tarvitse, esillä olevat elämäntyyli-ihanteet tuntuvat hänestä vierailta, resursseja ja vaikutusmahdollisuuksiakin on vähän. Tässä tilanteessa voi ärsyttää, jos saa kuulla vielä syövänsäkin väärin. Ehkä terveellisistä elintapavalinnoista kieltäytyminen on joillekin kovan elämän koulumille viimeinen tapa säilyttää itsellisyys, autonomia ja oma elämäntyyli. ●

Antti Karisto, professori
Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos
antti.karisto@helsinki.fi

Kirjallisuutta

1. Karisto A, Konttinen R. Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyylistä. Palmenia-kustannus, Helsinki; 2004.

Täydellinen kirjallisuusluettelo toimituksesta ja lehden verkkosivuilta.

Sosiaalinen osallistuminen ja koettu terveys ikääntyvässä Päijät-Hämeen väestössä

Vapaa-ajan sosiaalisella ja kulttuurisella osallistumisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia terveyteen. Tutkimustulokset ikääntyvässä Päijät-Hämeen väestössä tukevat havaintoa. Ikääntyvän väestön mahdollisuuksia erilaiseen sosiaaliseen osallistumiseen ja aktiviteetteihin tulisiikin tukea varsin laajasti niiden positiivisten terveysvaikutusten vuoksi.

Itse arvioitu koettu terveys on laajasti käytetty ja hyväksi havaittu terveydentilan mittari. Yhteenveto lähes kolmestakymmenestä eri tutkimuksesta osoittaa, että koetulla terveydellä on useista riskitekijöistä (lääketieteelliset ja käyttäytymistekijät sekä psykososiaaliset riskitekijät) riippumatta itsenäinen, kuolleisuutta ennustava vaikutus (1).

Osallistuminen vapaa-ajalla erilaisiin sosiaalisiin tai muihin ajanvieteaktiviteetteihin voidaan ymmärtää varsin laajasti eikä yhtenäistä näkemystä näiden aktiviteettien mittaustavasta ole. Aktiivisen osallistumisen positiivisista terveysvaikutuksista on kuitenkin näyttöä. Esimerkiksi aktiivinen osallistuminen vapaaehtoisjärjestöjen toimintaan on yhteydessä hyvään koettuun terveyteen. Yhdysvalloissa tehty tutkimus, jossa laskettiin henkeä kohti kokonaisindeksi erilaisiin vapaaehtoisjärjestöihin kuulumisesta, osoitti keskin kertaisen tai huonon koetun terveyden olevan sitä yleisempää, mitä vähäisempää vapaaehtoisjärjestöihin kuuluminen oli. Tutkimuksessa huomioitiin useita eri taustatekijöitä, kuten sosiodemografiset tekijät, tulot ja terveyskäyttämisen riskitekijöitä (2).

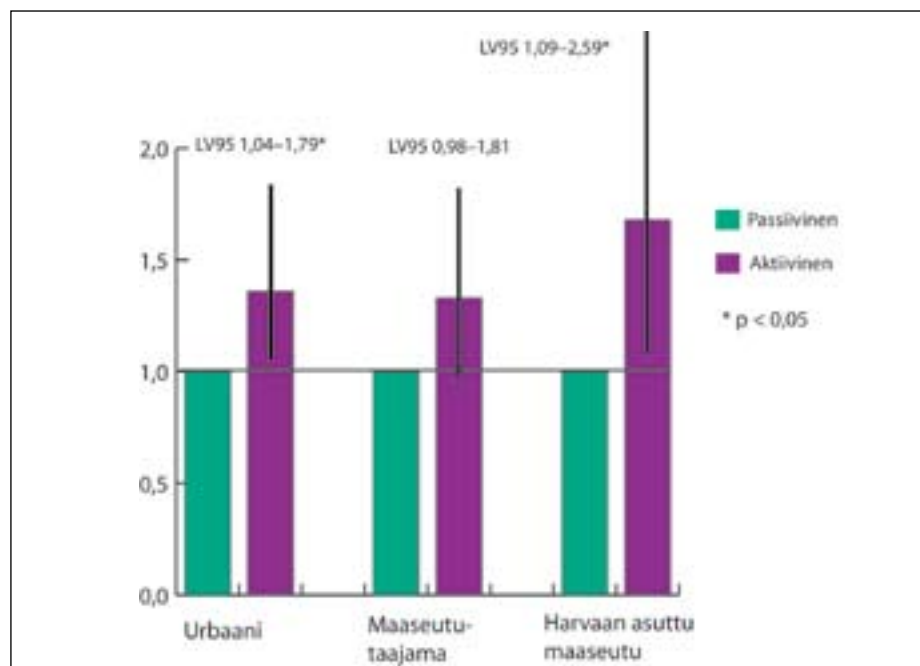
Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin, että sosiaalisen osallistumisen positiiviset vaikutukset on nähtävissä erityisesti myös ikääntyneillä, joilla erilaisiin järjestöihin ja yhdistyksiin kuulumisen sekä uskonnollisiin tilaisuuksiin osallistumisen havaittiin olevan yhteydessä hyvään koettuun terveyteen (3). Myös kulttuurin harrastamisella on todettu olevan positiivisia terveysvaikutuksia. Ruotsissa tehdyn

pitkittäistutkimuksen mukaan aktiivinen kulttuurin harrastaminen on yhteydessä parempaan terveyteen ja vaikuttaa jopa pitkäikäisyyteen (4).

Aktiiviset päijäthämäläiset terveempiä

Päijät-Hämeen Ikihyvä-seurantatutkimus mahdollistaa sosiaalisen ja kulttuurisen osallistumisen sekä koetun terveyden välisen yhteyden tarkastelun. Ensimmäisenä aineistonkeräysvuotena 2002 tutkimuk-

seen osallistui 2 815 henkilöä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiristä. Tutkittavat olivat syntyneet vuosina 1946–50, 1936–40 ja 1926–30. Heidän sosiaalista ja kulttuurista osallistumistaan mitattiin viidellä eri kysymyksellä, joista muodostettiin kokonaisindeksi. Kysymykset koskivat osallistumista erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin ja harrastuksiin varsin laajasti määriteltynä. Tällaisia toimintoja olivat 1) kuorolaulu, taidemaalauk, soittaminen, 2) taidenäyttelyissä, elokuvissa, teatterissa, konserteissa käyminen, 3) hengellisiin tilaisuuksiin osallistuminen, 4) opiskelu ja itsensä kehittäminen sekä 5) vapaaehtoistoiminta. Vastausvaihtoehdot olivat joka päivä, joka viikko, joka kuukausi, muutamia kertoja vuodessa, harvemmin sekä ei koskaan. Näistä laskettiin sosiaalisen osallistumisen kokonaisindeksi, jonka mukaan vastanneet ryhmiteltiin joko aktiivisiksi tai



Taulukko 1. Aktiivisen ja passiivisen sosiaalisen osallistumisen yhteys hyvään koettuun terveyteen. Ristitulosuhteet (OR) ja niiden 95 %:n luottamusvälit Päijät-Hämeen eri asuinalueiden ikääntyneillä. Vakioitu ikäryhmä, sukupuoli, siviilisäät, peruskoulutus, lihavuus (BMI U 30), päivittäistupakointi, sairastavuus ja rahojen riittävyys.

passiivisiksi.

Tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten havaintoja erilaisen sosiaalisen osallistumisen tärkeydestä terveydentilalle. Tulosten mukaan aktiivisesti osallistuvat kokevat terveytensä passiivisia paremmaksi. Tulos on tilastollisesti merkitsevä urbaanilla alueella sekä harvaan asutulla maaseudulla, vaikka useiden eri taustatekijöiden (sosiodemografiset, sosioekonomiset, elintavat) vaikutukset otettiin huomioon.

Terveyshyötyä selittävät monet tekijät

Erilaiset terveyteen yhteydessä olevat selitysmallit vaihtelevat psykologisista biologisiin. Sosiaalinen osallistuminen jäsenyytenä yhdistyksissä voi olla voimakas sosiaalisen integroitumisen lähde, joka voi myös suojata psykologiselta stressiltä. Vapaaehtoisjärjestöihin kuulumisen itsessään antaakin ainutlaatuisen keinon haitallisen stressin suojaksi (5). Myös kulttuurin harrastaminen tuottaa monenlaisia positiivisia elämyksiä, jotka ovat yhteydessä depression ja jännityksen vähentymiseen. Osallistumiseen liittyvä ryhmän sosiaalinen tuki saattaa mahdollistaa emotionaalisen sanavaraston laajentamisen, antaa uusia näkökulmia elämän tapahtumiin sekä negatiivisiin tunteisiin ja tekee helpommaksi hyödyntää henkilökohtaisia sosiaalisia voimavaroja. Esteettisen elämyksen kokeminen on myös tärkeää ja sen on todettu vaikuttavan mm. lääketieteellisesti mitattavissa olevaan verenpaineen laskuun (4).

Erimuotoisen sosiaalisen ja kulttuurisen osallistumisen sekä vapaa-ajan aktiviteettien lisääminen, tukeminen ja mahdollistaminen saattaa vaikuttaa suotuisasti ikääntyvän Päijät-Hämeen väestön terveyteen myös pitkällä aikavälillä.

Mahdollisuutta sosiaaliseen ja kulttuuriseen osallistumiseen sekä harrastamiseen on pidettävä tärkeänä osana ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, jonka yksi tärkeä osa terveys on. ●

Olli Nummela,

tutkija

Terveyden edistämisen tutkimusyksikkö

Kansanterveyslaitos

olli.nummela@ktl.fi

Kirjallisuutta

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behavior* 1997;38:21-37.
2. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;89:1187-93.
3. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Social Sci Med* 2000;50:619-29.
4. Konlaan BB. Cultural experience and health: The coherence of health and leisure time activities. Umeå University, 2001.
5. Rietschlin J. Voluntary association membership and psychological distress. *J Health Soc Behavior* 1998;39:348-55.

Arjen paikat kuvina



Soutuvene.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miia Saastamoinen



Puuverstas.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miika Kainu



Avoin ikkuna.

Kuva: Lahden valokuvataide ry / Miika Kainu

Tiedonkulkua tartuntatautien torjunnasta tehostetaan

Kansanterveyslaitos (KTL) ja Työterveyslaitos (TTL) ovat sopineet, että KTL toimittaa kaikki tartuntatauteja koskevat tiedotteet TTL:n, josta tieto jaetaan kaikkiin yksityisiin ja terveyskeskusten ylläpitämiin työterveyshuollon toimipisteisiin. TTL:n jakelu kattaa tällä hetkellä n. 70 % työterveyshuoltoyksiköistä (704). Jakelua laajennetaan kevään 2006 aikana. Tieto toimitetaan faksijakeluna, joka on testattu ja todettu toimivaksi.

Työterveyslaitoksen asiantuntijat arvioivat, vaatiiko KTL:n tiedote saatteeksi työsuojelua koskevan kommentin tai ohjeen.

Uusi järjestelmä otetaan käyttöön kevään 2006 aikana. Työterveyslaitos ylläpitää työterveyshuoltojen faksiosoitteistoja.

KTL:n tiedote jaetaan sähköpostitse tai faksilla sovituille kohderyhmille. Kaikki vastaanottajat huolehtivat tiedotteen edelleen jakelusta alueellaan tai omille kohderyhmilleen.

Ajantasaiset tiedot löytyvät KTL:n verkkosivuilta www.ktl.fi ja Työterveyslaitoksen verkkosivuilta www.ttl.fi

Kristiina Kulha,
viestintäpäällikkö

Työterveyslaitos

Eija Kela,

tiedottaja

Kansanterveyslaitos, infektioepidemiologian osasto

RS-virusepidemia laantumassa

Laboratorioiden ilmoittamat RS-viruslöydökset lähtivät nousuun marraskuun toisella viikolla, huippu saavutettiin joulukuun viimeisellä viikolla (345) ja vuoden vaihteen jälkeen ne ovat olleet laskussa.

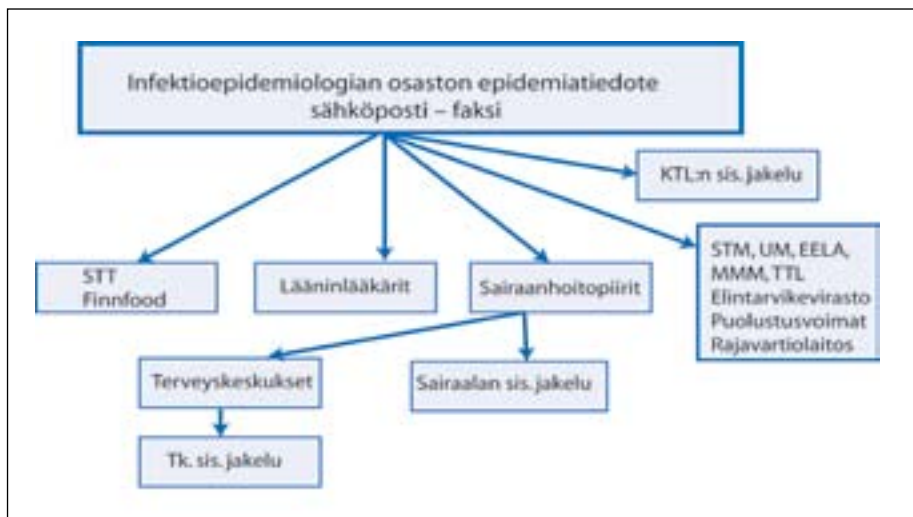
Tämän talven ensimmäiset influenssatapaukset tammikuussa

Tartuntatautirekisteriin on 19.1.2006 mennessä ilmoitettu yksi serologisesti (31.12.2005) ja yksi antigeeniosoituksella (5.1.2006) varmistettu influenssa A-tapaus. Myös Euroopassa influenssaviruksia on edelleen raportoitu niukasti: vuoden ensimmäisellä viikolla oli 15 laboratoriokokein varmistettua tapausta, joista 4 oli influenssa A-virusta ja 11 influenssa B:tä.

Euroopan influenssatilannetta päivitetään joka perjantai ja tuoreet tiedot löytyvät oheisesta osoitteesta: <http://www.eiss.org>

KTL:n influenssalaboratorio pitää yllä omaa sivuaan, josta löytyvät uusimmat tiedot tartuntojen määrästä www.ktl.fi/flu/

Ajankohtaiset luvut löytyvät myös valtakunnallisesta tartuntatautirekisteristä: <http://www.ktl.fi/ttr>



Epidemiatiedotteen kulku.

Tartuntatautilasto verkossa

- Osoitteesta <http://www3.ktl.fi/stat/>
- Tiedot päivitetään kerran viikossa.
- Verkkosivuilla olevat ajantasaiset tilastot mahdollistavat tietojen tarkastelun joko pikatauluista tai tilastotietokannasta.
- Erilliset Hiv ja AIDS-tilastot löytyvät seuraavasti: <http://www.ktl.fi/> - Terveiden ammattilaisille - Tilastot ja rekisterit - Tartuntatautirekisteri - vasemmalla linkki tilastoihin

HIV

Tartuntatapajakauma sukupuolittain
Sairaanhoidopiireittäin
Lääneittäin
Ikäjakautuma

AIDS

Sukupuoli- ja tartuntatapajakauma
HIV-tartunnat ja AIDS-potilaiden kuolemat Suomessa

Mistä apua pulmiin?

- Vastaamme kysymyksiin ja opastamme mielellämme tilastojen käytössä
 - Eija Kela puh. (09) 4744 8484
 - Joonas Iivonen (09) 4744 8682
- Sähköposti etunimi.sukunimi@ktl.fi

EHEC humaanitartunnat Suomessa

Enterohemorraaginen *Escherichia coli* (EHEC), on elintarvike- ja vesivälitteinen patogeeni, joka leviää myös eläimestä ihmiseen tai ihmisestä toiseen aiheuttaen vakavia suolistoinfektioita. Tyypillisimmin EHEC-infektio aiheuttaa ihmisillä veripulnin, mutta tartunta voi johtaa vakaviin komplikaatioihin kuten tromboottiseen mikroangiopatiaan, josta on käytetty myös nimityksiä hemolyttis-ureeminen syndrooma (HUS) tai tromboottinen trombo-sytopteeninen purppura (TTP). Harvoissa tapauksissa tauti johtaa kuolemaan. Maailmanlaajuisesti merkittävä EHEC-serotyyppi on EHEC O157:H7. Viimeisen kymmenen vuoden aikana EHEC non-O157 humaanitartuntojen prevalenssi on noussut useassa maassa.

Tutkimuksessa selvitettiin Suomessa eristettyjen EHEC O157 ja non-O157 kantojen fenotyyppisiä ja genotyyppisiä ominaisuuksia ja niiden epidemiologiaa analysoimalla kaikki aikavälillä 1990–2002 eristetyt EHEC kannat. Tutkimusaikavälillä Suomessa esiintyi 200 EHEC-tartuntaa: 127 (64 %) EHEC O157- ja 73 (36 %) non-O157 -tartuntaa. Suurin osa tartunnoista oli kotimaista alkuperää: 84 % O157-tartunnoista ja 78 % non-O157 -tartunnoista. Kotimaisista tartunnoista vuosina 1998–2002 noin puolet (49 %) oli perheensisäisiä tartuntoja, yksittäistapauksia oli 39 % ja 11 % liittyi kolmeen tartunta-ryppäeseen. EHEC-tartuntojen esiintyvyys oli korkeimmillaan vuonna 1998 (0,64 / 105 populaatio), ja alhaisemmillaan vuonna 2002 (0,17 / 105 populaatio).

Kahden uuden humaanitartuntoihin liittyvän EHEC-serotyypin (O102:H7 ja O181:H49) löytyminen vahvistaa EHEC non-O157 kantojen tärkeää asemaa ihmisen patogeeneina. Vastaavasti, kaikkiin muihin profiileihin verrattuna EHEC O157:n virulenssiprofiili O157:H7:PT2:stx₂:stx_{2c}:eae:Ehly liittyi tilastollisesti merkitsevästi (p=0,02) useammin potilaiden vakavaan taudinkuvaan. Vakavan taudinkuvan riskitekijäksi muodostui myös potilaan alle viiden vuoden ikä.

Eklund Marjut. Enterohemorrhagic *Escherichia coli* (EHEC) Findings from Humans in Finland (Enterohemorraaginen *Escherichia coli* (EHEC) -humaniilöydökset Suomessa). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A23/2005 ISBN 951-740-542-1.

Keuhkoklamydiainfektio eläinmallissa: toistuvat infektiot ja hoito

Chlamydia pneumoniae, keuhkoklamydia, aiheuttaa pääosin lieviä ylähengitystieinfektioita lapsilla ja nuorilla, mutta voi erityisesti aikuisilla ja vanhuksilla aiheuttaa vakavia keuhkokuumeita. Bakteeri kykenee kulkeutumaan keuhkoista elimistön muihin kudoksiin, ja lukuisat tutkimukset ovat puoltaneet keuhkoklamydian yhteyttä mm. sydän- ja verisuonitautien kehittymiseen. Väitöskirjatyössä selvitettiin keuhkoklamydiainfektion kroonistumista, infektioiden aiheuttamia muutoksia aortan seinämässä sekä akuutin ja kroonistuneen infektion hoitoa käyttäen tutkimuksissa villityypin C57BL/6J hiirimallia.

Akuutti infektio vaikutti aortan relaksaatiovasteisiin siten, että syklo-oksigenaasin välittämän relaksaation osuus korostui infektoituilla eläimillä. Lisäksi toistuvat infektiot lisäsivät merkitsevästi aortan sinuksen rasvakertymiä. Käytetyt antibioottihoidot (telitromysiini, levofloksasiini, erytromysiini) olivat tehokkaita akuutin infektion hoidossa, mutta mikään

yhdistelmä ei kyennyt täysin poistamaan keuhkojen PCR-positiivisuutta keuhkoklamydian DNA:lle, ja ainoastaan välittömästi jokaisen infektion jälkeen annetulla hoidolla oli vaikutusta aortan lipidikertymiin. Kasviperäinen fenoliyhdiste luteoliini hillitsi tehokkaasti akuuttia keuhkoinfektioita sekä vähensi infektiivisen klamydian määrää keuhkoissa.

Tulokset puoltavat keuhkoklamydian ateroskleroosia edistävää vaikutusta. Perinteiset antibioottihoidot eivät aina kykene estämään infektion kroonistumista eivätkä hoitamaan jo kroonistunutta infektiota, joten vaihtoehtoisten hoitojen kehittäminen on tärkeää.

Törmäkangas Liisa. *Experimental Chlamydia pneumoniae infection model: effects of repeated inoculations and treatment* (Toistuvien infektioiden ja hoidon vaikutus kokeellisessa *Chlamydia pneumoniae* -infektioimallissa). Acta Universitatis Ouluensis Medica D 865 ISBN 951-42-7975-1.

Maanis-depressiivisten mielialahäiriöiden genetiikkaa

Väitöskirjatyöhön koottiin suuri näytemateriaali suomalaisia perheitä, joissa useilla perheenjäsenillä oli diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tutkimuksessa löydettiin useita kromosomaalisia alueita, jotka vaikuttavat taudin syntyyn.

Kromosomien 4q32, 12q23, 16p12 ja Xq25 alueilla nähtiin erityisen vahvaa näyttöä siitä, että niissä sijaitsee geenejä, jotka altistavat kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle. Jatko-tutkimukset näillä geneettisillä alueilla sovellettaessa kohdennetumpia tutkimuksia tulevat identifioimaan mitkä todennäköisimmin geenejä, jotka ovat keskeisiä kaksisuuntaisen mielialahäi-

riön alttiudelle, sekä mahdollistavat uusien tehokkaampien ja täsmällisempien hoitokeinojen kehittämisen tälle vakavalle sairaudelle.

Erillisessä tutkimuksessa etsittiin skitsofrenialle ja maanis-depressiiviselle mielialahäiriölle yhteisiin piirteisiin, affektiivisiin ja psykoottisiin oireisiin, kytkeytyviä geenejä. Tutkimus osoitti, että affektiiviset oireet kytkeytyvät selvästi kromosomiin 6p21 ja psykoottiset oireet kromosomiin 5q14.

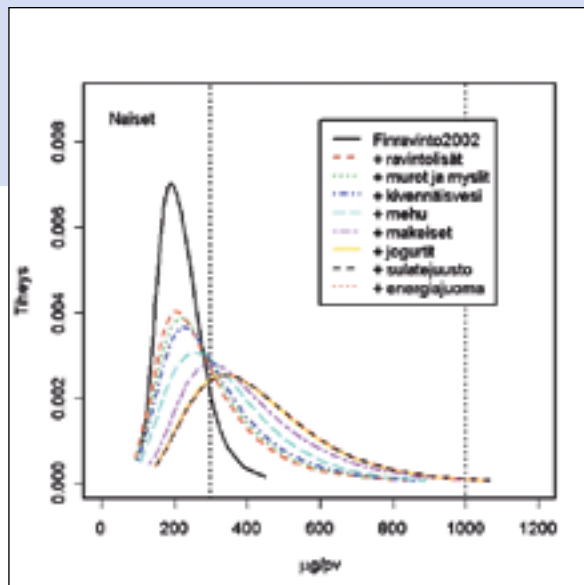
Ekholm Jenny. Molecular genetics of bipolar disorder and related traits. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A26/2005 ISBN 951-740-580-4

Väitöskirjat löytyvät osoitteesta:

www.ktl.fi/julkaisut > Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja A

B-ryhmän vitamiinien ylisäänti ei ole harmitonta

B-ryhmän vitamiineihin liittyy vahva mielikuva niiden terveyttä edistävästä ominaisuudesta. Markkinoille onkin tullut paljon B-ryhmän vitamiineilla täydennettyjä elintarvikkeita. Vaikka nämä vesiliukoiset vitamiinit eivät B12-vitamiinia lukuun ottamatta varastoidu elimistöön, voi niiden ylisäänti siitä huolimatta aiheuttaa ongelmia. Alisäänti on kuitenkin yleisempi ongelma, minkä vuoksi elintarvikkeiden täydentäminen B-ryhmän vitamiineilla on perusteltua, todetaan Kansanterveyslaitoksen tuoreessa tutkimuksessa.



Kuvio 1. Naisten folaatin saanti luonnollisista lähteistä ja erilaisissa täydennyskeinoissa. Elintarvikkeiden täydennykset on lisätty yksitellen malliin. Suositeltava saanti ja turvallisen saannin yläraja on merkitty pystysuorilla viivoilla.

B-ryhmän vitamiineista pyridoksiini voi suurina annoksina aiheuttaa pysyvän hermovaurion. Foolihapon runsas saanti (> 1000 µg päivässä) puolestaan peittää B₁₂-vitamiinin puutokseen liittyvät oireet. Koska B₁₂-vitamiinin puutoksen on osoitettu altistavan dementialle, voi puutosoireiden puuttuminen olla varsin haitallista. Ryhmän vitamiineista tiamiinin ja B₁₂-vitamiinin yliannostukseen ei ole liitetty terveyshaittaa.

Pyridoksiinin suositellun saannin ylittää noin 2 prosenttia naisista ja hieman pienempi osuus miehistä. Käytännössä ylisäänti edellyttää kuitenkin ravintolisien käyttöä, sillä pelkästään täydennetyistä elintarvikkeista ei kerry haitallisen suurta määrää vitamiineja. Sen sijaan joissakin myynneissä olevissa ravintolisissä vitamiinien määrät ovat niin suuria, että niitä käyttämällä voidaan ylittää suositeltu saanti jopa moninkertaisesti.

Tutkija Tero Hirvonen Kansanterveyslaitoksen ravitsemusyksiköstä muistuttaa, että ravintolisä ei kannata käyttää terveyden edistämiseen saantirajat ylittävinä annoksina, sillä niistä voi olla pysyvää haittaa.

Elintarvikkeiden täydentäminen on turvallista

Elintarvikkeiden täydentäminen B-ryhmän vitamiineilla ei näytä poistavan

alisääntiä ongelmaa mutta ei toisaalta myöskään lisäävän ylisääntiä riskiä. Tarjonnassa oletettiin, että kaikki elintarvikkeiden sallimiin elintarvikkeisiin olisi lisätty B-ryhmän vitamiineja. Tyypillisiä B-vitamiineilla täydennettyjä elintarvikkeita ovat mehut, murot ja jogurtit.

KTL:n ravitsemusyksikkö tutkii parhaillaan, mitä elintarvikkeita kannattaisi täydentää milläkin vitamiinilla alisääntiä korjaamiseksi. Esimerkiksi paljon lihaa syövät saavat B12-vitamiinia tarpeeksi. Tällöin voisi harkita kasvisruokavalioon kuuluvien elintarvikkeiden kuten soijajuomien täydentämistä B₁₂-vitamiinilla. Saantiin vaikuttaa ennen kaikkea ruokavalion painotus.

- Selvitämme parhaillaan, miten voimme suhteuttaa täydennettävän aineen määrää elintarvikkeen energiatihyeyteen. Mitä enemmän tuotteessa on energiaa, sitä enemmän vitamiineja siihen voidaan teoriassa lisätä, sillä energiatihyeyttä tuotteita ei voida syödä määrättömästi, kertoo Tero Hirvonen.

D-vitamiinin lisääminen maitoon on esimerkki onnistuneesta elintarvikkeen täydentämisestä. Vaikutus on nähtävissä väestötasolla D-vitamiinin veripitoisuuden nousuna. D-vitamiinimyrkytys edellyttäisi pitkäaikaista ylisääntiä ja ravintolisien käyttöä eikä ole todennäköinen. Sen sijaan kalsiumin ylisääntiä riski on suurempi.

- Kalsium-ravintolisä käyttävien tulisi

välttää täydennettyjä elintarvikkeita tai ainakin heidän tulisi laskea, ettei saantisuositus ylity, muistuttaa Hirvonen.

Yleistä täydennyslupaa koskevassa asetuksessa on määritetty, että tiettyihin elintarvikkeisiin saa lisätä tiettyjä ravintoaineita tiettyinä pitoisuuksina, esim. aamiaisviljavalmisteisiin saa lisätä tiamiinia 1–1,4 mg/100 g, mutta ei C-vitamiinia (kts. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020917>). Sen sijaan pastilleihin ja purukumeihin saa lisätä C-vitamiinia, mutta ei B-ryhmän vitamiineja.

Ravintotutkijat käyttävät B-ryhmän vitamiineista nimiä tiamiini, niasiini, foolihappo eli folaatti ja pyridoksiini, poikkeuksena B₁₂-vitamiini. Hirvosen mukaan vitamiinien numerointi antaa harhaan johtavan kuvan näiden vitamiinien samankaltaisuudesta. B-ryhmän vitamiinit liittyvät yleensä energia-aineenvaihduntaan, mutta poikkeavat muuten paljon toisistaan. Raportissa käsiteltyjen lisäksi B-ryhmän vitamiineja ovat myös pantoteeni, riboflaviini ja biotiini. ●

Tero Hirvonen, Marja-Leena Hannila, Liisa Valsta, Harri Sinkko, Pirjo Pietinen. Elintarvikkeiden täydentäminen tiamiinilla, niasiinilla, foolihapolla, pyridoksiinilla ja B12-vitamiinilla. Riskinarviointi työikäisessä väestössä Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 25/2005. ISBN 951-740-582-0 (PDF). Ilmestynyt vain verkossa: <http://www.ktl.fi/portal/2920>

KTL:n uusi Oulun osasto tukee neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon työtä

Kansanterveyslaitos perustaa Lasten ja nuorten terveyden osaston Oulun toimipisteeseensä. Vuoden 2007 alusta toimintansa aloittavan osaston tehtävänä on tarjota valtakunnallista ohjausta lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi, erityisesti neuvoloille ja kouluterveydenhuollolle.

Viime aikoina on kannettu huolta neuvola- ja kouluterveydenhuollon supistuneista voimavaroista. Terveyden turvaamiseksi kehitettyä neuvolajärjestelmää tulisi suunnata myös terveyden edistämiseen.

- KTL:n uuden osaston työ tähtää juuri neuvola- ja kouluterveydenhuollon aseman vahvistamiseen tukemalla ja ohjaamalla siellä tehtävää tärkeää työtä, totesi pääjohtaja Pekka Puska osaston julkistamistilaisuudessa.

Tautien ehkäisyssä ja terveyden

edistämisessä lapset ja nuoret ovat avainasemassa. Monien kansantautien juuret juontavat lapsuuteen ja lapsuudessa omaksuttuihin elintapoihin ja asenteisiin. Suomalaisten lasten ja nuorten terveydessä on viime vuosina tullut esiin monia huolestuttavia piirteitä. Ylipaino yleistyy, rasva ja makea maistuvat, liikunta vähenee ja nuorten tupakointi ja humalahakuinen juominen ovat aivan liian yleisiä. Mielenterveyden ongelmat ovat yhä enemmän esillä ja tartuntatautien torjunnassa, rokotuksissa ja antibioottihoidossa on paljon tehtävää.

Vuoden alusta voimaan tullut kansanterveyslain muutos lisää Kansanterveyslaitoksen vastuuta terveyden edistämisen asiantuntijalaitoksena. Osaston julkistamistilaisuudessa puhunut ministeri Liisa Hyssälä totesi uuden osaston perustamisen osuneen oikeaan aikaan. ●

Eläkeikäisten alkoholinkäyttö ennallaan

- naisten turvattomuuden kokemukset yleistyivät

Eläkeikäisten suomalaisten alkoholinkäyttö ei Kansanterveyslaitoksen vuonna 2005 tekemän kyselytutkimuksen mukaan ollut lisääntynyt merkittävästi vuodesta 2003. Näin alkoholiverotuksen alentaminen ja EU-tuonnin vapautuminen eivät ole merkittävästi vaikuttaneet eläkeikäisten suuren enemmistön alkoholinkäyttöön. Raittiiden miesten määrä tosin väheni vuodesta 2003 ja miesten väkevä alkoholinkäyttö hie- man yleistyi.

Veronalennuksen jälkeen julkisuutta saanut eläkeikäisten alkoholin ongelmakäytön kasvua voidaan tämän tutkimuksen tietojen perusteella pitää sittenkin suhteellisen rajoittuneena, vaikka vakavasti otettavana ilmiönä.

Turvattomuuskokemuksista kysyttiin ensimmäisen kerran vuoden 2003 tutkimuksessa. Eläketulojen niukkuus, muistin heikkeneminen, toisten avusta riippuvaksi joutuminen ja laitoshoitoon joutuminen ovat turvattomuutta aiheuttavia pelonaiheita noin kolmanneksella eläkeikäisistä.

Erityisesti naisten turvattomuuskokemukset lisääntyivät vuodesta 2003 vuoteen 2005. Pelko hoivapalvelujen saatavuudesta oli yksi syy turvattomuuteen. Avun saaminen ja hoitoon pääseminen koettiin myös vaikeaksi. Tulokseen vaikuttaa ilmeisesti, että elämänsä loppuvuodet usein yksin asuvat naiset reagoivat julkiseen keskusteluun julkisin varoihin rahoitettavan hoivan ja hoidon resurssiniukkuudesta.

Kansanterveyslaitos toteuttaa eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymistutkimuksen kahden vuoden välein. Vuonna tutkimukseen osallistui 1863 65–84-vuotiaista miestä ja naista (78 % kutsutuista).

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu ja B1/2006. Sähköinen julkaisu sivulla: www.ktl.fi/portal/2920

200 000 suomalaista sairastaa diabetesta tietämättään

Tuoreen tutkimuksen mukaan tyypin 2 diabetes ja sen esiasteet ovat oletettuakin yleisempiä Suomessa. Puolet kaikista diabeetikoista eli jopa 200 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään. Erityisesti naisten vanhimmissa ikäryhmissä oireettomia diabeetikoita löytyy huomattavasti enemmän kuin jo aiemmin diagnosoituja.

Tutkimukseen kutsuttiin 4 500 satunnaisotannalla valittua 45–74-vuotiaista miestä ja naista. Otannan laajuuden ansiosta tulokset kuvaavat luotettavasti koko Suomen tilannetta. Aiemmin diagnosoiduista diabeetikoista oli 7,4 % miehistä ja 4,3 % naisista. Näiden lisäksi tutkimuksessa löytyi uusia, aiemmin tunnistamattomia tapauksia niin, että diabeteksen kokonaisesiintyvyyttä oli miehillä 16 % ja naisilla 11 %. Myös lievemmät glukoosiaineen vaihdunnan häiriöt, suurentunut paastoglukoosiarvo ja heikentynyt glukoosinsieto, ovat tutkimuksen mukaan yleisiä väestössä. Tutkimus osoitti, että vajaalla puolella 45–74-vuotiaista miehistä ja joka kolmannella naisella on aikuistyyppin diabetes tai sen esiaste.

Tutkimus vahvisti myös aiemmat tulokset lihavuuden yleisyydestä Suomessa. Tutkituista 24 % miehistä ja 29 % naisista oli lihavia (painoindeksi ≥ 30 kg/m²). Näiden lisäksi 50 % miehistä ja 38 % naisista oli ylipainoisia (painoindeksi ≥ 25 mutta < 30 kg/m²). Huomattava osa tutkituista täytti myös vyötärölihavuuden kriteerit, miehistä 69 % ja naisista 76 %.

Tutkimus toteutettiin osana valtakunnallista Dehko 2D -hanketta ja sen rahoittivat Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirit sekä Kansanterveyslaitos ja Suomen Diabetesliitto. ●

Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, ym. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineen vaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Dehkon 2D-hanke (D2D). Suom Lääkäril 2006;61:163-170.

Rokotusten haittavaikutuspalautteissa uuteen käytäntöön

Vuoden 2006 alusta rokoteturvallisuuslääkäri laatii kirjallisen palautteen Kansanterveyslaitokselle ilmoitetuista rokotusten epäillyistä haittavaikutuksista uuden käytännön mukaan. Palaute annetaan silloin, kun epäillään, että haittavaikutuksen on aiheuttanut yleisen rokotusohjelman rokote. Lisäksi rokotteen tulee olla sellainen, että henkilö saisi sitä tai sen osaa vielä uudestaan. Tähän asti kaikkiin ilmoituksiin on laadittu palaute.

Käytännössä tämä tarkoittaa, että BCG ja MPR II -rokotteiden epäillyistä haitoista ei enää laadita palautetta. Palautetta ei myöskään anneta yleisen rokotusohjelmaan kuulumattomista rokotteista.

Uusi käytäntö koskee vuonna 2006 annettujen rokotusten epäiltyjä haittoja. Vuonna 2005 ja sitä ennen annettujen rokotusten epäillyistä haitoista sen sijaan lähetetään palaute. Palaute sisältää kirjal-

lisuustietoja, rokoteturvallisuuslääkärin arvion tapauksesta sekä suosituksen jatkorokotuksista. Lopullinen päätös rokotamisesta tehdään paikallisesti siellä, missä potilaan hoitovastuu on.

Ilmoitukset epäillyistä haitoista edelleen tärkeitä

Kansanterveyslaitos seuraa rokotteiden ja rokottamisen turvallisuutta. On tärkeää, että rokottajat edelleenkin lähettävät Rokoteosastolle ilmoituksen, jos he epäilevät rokotteen aiheuttaneen haitan. Ilmoitukset tallennetaan Kansanterveyslaitoksen ylläpitämään rokotusten haittavaikutusrekisteriin. Niistä saatava tieto on tärkeä rokotusten hyötyjä ja haittoja punnittaessa.

Miten haittailmoitus tehdään?

Haittailmoitus tehdään lomakkeella, joka löytyy kansanterveyslaitoksen verkkosivuilta osoitteesta **www.ktl.fi / rokot-**

taminen / rokoteturvallisuus. Haitat, joista ainakin tulisi ilmoittaa, on mainittu Rokottajan käsikirjassa 2005 sekä haittavaikutusten ilmoituslomakkeessa.

Miksi uuteen käytäntöön?

Kun kirjallisten palautteiden määrä vähennee, pystytään voimavaroja suuntamaan verkkotiedottamiseen. Yksilöllinen palaute tavoittaa vain ilmoituksen tekijän. Verkossa haittavaikutuksia koskeva tieto sen sijaan on helposti ja nopeasti terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla. ●

Tietoa rokoteturvallisuudesta ja rokotusten haittavaikutuksista: www.ktl.fi > Julkaisut > Rokottajan käsikirja sekä www.ktl.fi > Terveiden ammattilaisille > Rokoteturvallisuus.

koulutusta

Täydennyskoulutuskurssi - miten selvitän elintarvike- ja vesivälitteistä epidemiaa?

5.-9.6.2006 Tuusula, Puolustusvoimien koulutuksen kehittämiskeskus (PvKK)

Järjestäjät: Kansanterveyslaitos (KTL), Eläinlääkintä- ja elintarviketutkimuslaitos (EELA), Elintarvikevirasto (EVI), Helsingin yliopiston eläinlääketieteellinen tiedekunta (HY) sekä Puolustusvoimien (PV) Pääesikunnan terveydenhuolto-osasto.

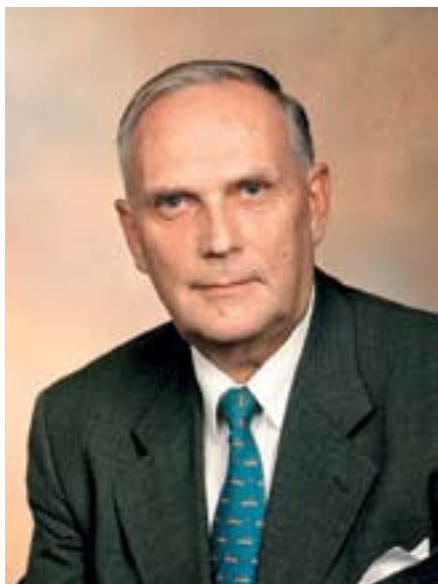
Kohderyhmä: kunnallisten epidemiaselvitystyöryhmien jäsenet, tartuntataudeista vastaavat lääkärit terveyskeskuksissa, infektio- ja eläinlääkärit, kunnalliseläinlääkärit, läänineläinlääkärit, kuntien elintarvikevalvonta- ja terveydensuojeluviranomaiset sekä elintarvike- ja kliinisten laboratorioiden henkilöstö.

Kurssin tavoitteet

- syventää epidemiaselvityksessä tarvittavia menetelmiä ja organisatorisia tietoja ja taitoja
- lisätä valmiuksia epidemian analyysiin tutkimukseen
- vahvistaa organisaatioiden välistä yhteistyötä
- luoda yhteyksiä tulevien konsultaatiotarpeiden varalle
- antaa perustiedot Epilinfo-ohjelman käytöstä

Viisipäiväinen kurssi koostuu luennoista ja käytännön harjoituksista. Kurssimaksua ei peritä. Kurssille voidaan ottaa 36 osanottajaa. Ilmoittautuminen 31.3.2006 mennessä lomakkeella, joka löytyy osoitteesta www.ktl.fi.

Lisätietoja: KTL, Markku Kuusi, puh. (09) 4744 8935, sähköposti markku.kuusi@ktl.fi ja Leila Balk, puh. (09) 4744 8483, sähköposti leila.balk@ktl.fi.



Pohjolan ja Suomi-yhtiön lääketieteen palkinto professori Jouko Lönnqvistille

Kansanterveyslaitoksen tutkimusprofessori, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osaston johtaja Jouko Lönnqvist palkittiin ainutlaatuisesta elämäntyöstään psykiatrian alan tutkijana, tutkimustiedon välittäjänä ja yhteiskunnallisen keskustelun virittäjänä.

Lönnqvist on Kansanterveyslaitoksen tutkimusprofessori sekä mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osaston johtaja. Lisäksi hän on Helsingin yliopiston psykiatrian professori ja HUS:n psykiatrian klinikan ylilääkäri. Hän on yli 30 vuoden ajan tehnyt arvokasta työtä muun muassa psyykkisen kuormittumisen, masennuksen, itsetuhokäyttäytymisen, alkoholinkäytön ongelmien sekä psykoosien tutkimisessa ja ehkäisemisessä. Työskennellessään Kansanterveyslaitoksella tutkimusprofessorina hän on rakentanut mielenterveysalan osaamiskeskuksen, jonka toiminta on kansainvälisestikin merkittävää.

Varsinaisen työuransa lisäksi Jouko Lönnqvist on ansioitunut tutkimustiedon välittäjänä ja keskustelun herättäjänä. Hän on kirjoittanut kirjoja muun muassa organisaation kehittämisestä ja johtamisesta.

Pohjolan ja Suomi-yhtiön 17 000 euron lääketieteen palkinto luovutettiin Lääkäripäivillä tammikuussa. ●



Jarmo Raulon tunnustuspalkinto dosentti Aino Nevalaiselle

Juho Vainion Säätiö on myöntänyt Jarmo Raulon tunnustuspalkinnon, 10 000 euroa, dosentti Aino Nevalaiselle ”tunnustuksena asuntojen sisäilmatutkimuksissa poikkeuksellisen ansioituneelle ja arvostetulle tutkijalle”.

Kansanterveyslaitoksen Ympäristöterveyden osastossa Kuopiossa työskentelevän Aino Nevalaisen tutkimuksessa on käytetty monitieteistä lähestymistapaa, jossa asukkaiden altistumista ja terveysvaikutuksia koskevaa tietoa on yhdistetty rakenteiden kostumista ja materiaalien mikrobiologista käyttäytymistä koskeviin havaintoihin.

Tutkimuksen tuloksia on sovellettu käytäntöön mm. homeongelmien toteamiseen käytettävien menetelmien kehittämisessä. Kosteusvaurioiden yleisyyttä ja haitallisuutta koskevat tutkimukset ovat osaltaan johtaneet rakentamiseen ja asuntokauppaan liittyvien ohjeiden ja käytäntöjen tarkentamiseen. Tutkimuksen peruskysymyksiä ovat edelleen, mistä terveyshaittoihin johtava altistuminen koostuu ja millä mekanismeilla oireet kehittyvät. ●



Lundin yliopiston diabetes-palkinto Outi Vaaralalle

Lundin yliopiston Diabetesohjelman vuoden 2005 palkinto (50 000 kruunua) nuorelle diabetestutkijalle on myönnetty tutkimusprofessori Outi Vaaralalle. Vaarala työskentelee Kansanterveyslaitoksen Virustautien ja Immunologian osastolla.

Vaaralan tutkimus kohdistuu niihin ympäristötekijöihin ja tautimekanismeihin, jotka johtavat tyypin 1 diabeteksen syntyyn lapsilla. Yksi tällainen ympäristötekijä on lehmänmaidon valkuaisaineet, jotka kuuluvat imeväisikäisen lapsen ruokavalioon ja voivat tutkimusten mukaan lisätä diabetekseen liittyvän immuunivasteen kehittymistä insuliinia tuottavia beetasoluja kohtaan. Vaarala on osoittanut, että nimenomaan lehmänmaidon insuliini aiheuttaa insuliiniin sitoutuvien vasta-aineiden ilmaantumisen lapsen vereen.

Outi Vaaralan tutkimushypoteesin mukaan diabetekseen sairastuvien lasten suoliston puolustusjärjestelmän poikkeava toiminta voi johtaa insuliinivasteen säätelyhäiriöön ja diabetekseen kehittymiseen. ●

Arjen paikat

Arjen paikat -dokumentointihanke tallensi vuosituhannen alun päijät-hämäläisiä ihmisiä heidän omassa ympäristössään, ihmisten lempipaikkoja, koteja ja rakkaita esineitä. Tavoitteena on palata kuvaamaan samoja henkilöitä myös myöhemmin. Osa kuvatuista on Ikihyvä-projektiin osallistuneita, joiden kuvista syntyi oma kokonaisuutensa.

Dokumentointihanke toteutettiin vuosina 2003–2005 yhdentoista päijät-hämäläisen kunnan alueella. Hankkeesta vastasi Lahden valokuvataide ry, jonka jäsenet toimivat kuvaajina yhdessä Lahden ammattikorkeakoulun Muotoiluinstituutin valokuvauksen opiskelijoiden kanssa. Kuvaajat ovat Jani Mahkonen, Jonna Monola, Hannu ”Bowie” Paju, Miia Saastamoinen, Miika Kainu, Selja Eskonen ja Kirsti Nenye.

Noin tuhat kuvan aineisto luovutettiin 100-vuotiaalle Lahden kaupungille syksyllä 2005. Dokumentointiprojektia on rahoittanut Päijät-Hämeen liitto.



Lahden kuvataide ry / Miika Kainu

Kansanterveyslaitos

Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
puh. (09) 47 441
<http://www.ktl.fi>

Kansanterveys

KTL:n tiedotuslehti
www.ktl.fi/kansanterveyslehti

Päätoimittaja

Pentti Huovinen
Kansanterveyslaitos
PL 57, 20521 Turku
puh. (02) 331 6601, 0400 442 637
faksi (02) 331 6699
pentti.huovinen@ktl.fi

Toimitussihteeri

Maria Kuronen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
puh. (09) 4744 8743
faksi (09) 4744 8746
maria.kuronen@ktl.fi

Tartuntatautirekisteri

puh. (09) 4744 8484
faksi (09) 4744 8468
eija.kela@ktl.fi

Epidemiakonsultaatiot

puh. (09) 4744 8557

Rokotusneuvonta

Matkailijoiden rokotukset
ark. klo 10–12, puh. (09) 4744 8485
Yleisen rokotusohjelman neuvonta
ark. klo 9–12, puh. (09) 4744 8243
Rokoteturvallisuus, haittavaikutukset
ark. klo 10–12, puh. (09) 4744 8487

Ympäristöongelmaneuvonta

puh. (017) 201 325

Ulkoasu: Reija Jokinen, Uusimaa Oy/Studio

Painopaikka: Uusimaa Oy, 2006

ISSN 1236-973X

Osoitteenmuutokset ja tilaukset www.ktl.fi/kansanterveyslehti.
Lehden aineistoa lainattaessa on lähde aina mainittava.